

Tartu Ülikool  
Arstiteaduskond  
Õendusteaduse osakond

**Helen Kannela**

**ÕDEDE HINNANGUD OMA PATSIENDIKESKSUSELE STATSIONAARSETES  
ORTOPEEDIA JA TRAUMATOLOOGIA OSAKONDADES**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2013

**Juhendajad:**

**Airin Treiman-Kiveste, RN, MSc**

---

/allkiri/

---

/kuupäev/

**Ilme Aro, RN, MSc**

---

/allkiri/

---

/kuupäev/

Otsus kaitsmisele lubamise kohta: \_\_\_\_\_

---

/TÜ AROT nõukogu otsus, koosoleku protokoll nr ja kuupäev/

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Helen Kannela

(sünnikuupäev: 21.09.1986)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Õdede hinnangud oma patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades“, mille põhijuhendaja on Airin Treiman-Kiveste ja kaasjuhendaja on Ilme Aro:

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu alates **01.09.2014** kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus 27.05.2013

## KOKKUVÕTE

### **Õdede hinnangud oma patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades.**

Patsiendikeskse tervishoiu fookuses on patsient oma väärtuste, eelistuste ja vajadustega. Patsiendikesksust peetakse Eesti tervishoius üheks tähtsamaks arengusuunaks, kuna ta omab positiivseid tulemeid kõikide osapoolte jaoks tervishoius. Seda lähenemisviisi iseloomustavad patsiendikesksuse põhiväärtused, patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine, õdede individuaalsed tegevuse eeldused ning õe ja patsiendi vaheline võrdväärne suhe. Eestis puudub tõenduspõhine teave selle kohta, kuidas hindavad õed oma patsiendikesksust ortopeedia ja traumatoloogia osakondades. Samas on see teave oluline hindamaks ning parendamaks õendusabi kvaliteeti.

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada Eesti statsionaarsete ortopeedia ja traumatoloogia osakondade õdede hinnanguid oma tegevuse patsiendikesksusele ning selgitada seoseid õdede hinnangute ja taustamuutujate vahel. Kvantitatiivne uurimus viidi läbi kahe piirkondliku haigla ning nelja keskhaigla kaheksas ortopeedia osakonnas ja ühes traumatoloogia osakonnas. Nende osakondade 107 õde moodustasid käepärase valimi (vastasmäär 74,8%). Andmeid koguti ajavahemikus 01.10.2012–04.11.2012 Kalam-Salminen poolt koostatud struktureeritud küsimustikuga „Kliendikesksus õendustöös“ („*Client-Centeredness in Nursing Care*“). Andmeid analüüsiti kasutades statistilist andmetöötlusprogrammi SPSS 21,0. Andmete analüüsimeetodina kasutati kirjeldavat statistikat, Fisheri täpset testi, Spearmani korrelatsioonianalüüsi.

Õed leidsid sarnaselt mujal maailmas läbiviidud uurimustele, et nad on oma tegevustes valdavalt patsiendikesksed ning et neil on olemas tarvilikud eeldused patsiendikeskseks tegevuseks. Ilmnenud puudujäägid olid seotud tagasisidestamisega, õendusdokumentatsiooniga, tõenduspõhise teabe ning tervishoiutööd käsitlevate õigusaktide ja juhendite tundmisega, patsiendi ja tema lähedaste kaasamisega. Õendusabi kvaliteedi tõstmiseks on oluline ortopeedia ja traumatoloogia osakondades läbi viia nendele puudujääkidele suunatud arendustegevusi. Uurimuses ilmnis ka mitmeid seoseid õdede hinnangute ja taustamuutujate vahel. Uued kvantitatiivsed ning kvalitatiivsed uurimused sama valimi seas on vajalikud tegemaks põhjapanevamaid järeldusi õdede patsiendikesksuse ning seda takistavate tegurite kohta ortopeedia ja traumatoloogia osakondades.

Märksõnad: patsiendikesksus, õdede hinnangud, ortopeedia osakond, traumatoloogia osakond.

## SUMMARY

### **Nurses evaluations to their own patient-centeredness at inpatient departments of orthopaedics and traumatology.**

Patient-centered healthcare is focused on patient and his values, preferences and needs. Patient-centeredness is considered to be one of the most important development trend in Estonian healthcare because it owns positive outcomes for all parties in healthcare. This approach is characterized by the core values of patient centeredness, maintaining patient friendly atmosphere, nurses individual requisites of activities and equipotent relationship between nurse and patient. In Estonia, there is no evidence-based information about how to nurses evaluate their own patient-centeredness at departments of orthopaedics and traumatology. However, this information is important for assessing and improving the quality of nursing care.

The aim of the study was to describe the evaluations of nurses of Estonian inpatient departments of orthopaedics and traumatology to patient-centeredness of their activities and determine the connections between nurses evaluations and background variables. A quantitative study was conducted at eight department of orthopaedics and at one department of traumatology of two regional hospitals and four central hospitals. 107 nurses of those departments formed convenient sample (response rate 74,8%). The data were collected over a time period from 01.10.2012 to 04.11.2012 with structured questionnaire „Client-Centeredness in Nursing Care“ compiled by Kalam-Salminen. The data were analyzed using statistical data processing program SPSS 21,0. Descriptive statistics, Fisher's exact test and Spearman's correlation analysis were used as the data analytical methods.

Nurses founded similarly to surveys carried out elsewhere in the world that they are in their activities predominantly patient-centered and that they have necessary prerequisites for patient-centered activities. Revealed shortcomings were related to feedback, nursing documentation, knowing evidence-based information and the legislation and instructions handling work of health care, involvement of patient and his close ones. For improving quality of nursing care is essential to carry out development activities directed to these shortages at departments of orthopaedics and traumatology. The study also revealed a number of relationships between nurses evaluations and background variables. New quantitative and qualitative studies among the same sample are necessary to make ground-breaking conclusions of nurses patient-centeredness and barriers impeding that at departments of orthopaedics and traumatology.

Keywords: patient-centeredness, nurses evaluations, orthopaedics department, traumatology department.

## SISUKORD

1. SISSEJUHATUS.....	9
2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST.....	11
2.1. Õde ortopeedia ja traumatoloogia osakonnas.....	11
2.2. Patsiendikesksus.....	12
2.3. Patsiendikesksuse põhiväärtused.....	13
2.4. Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine.....	13
2.5. Õdede individuaalsed tegevuse eeldused .....	14
2.6. Õe ja patsiendi vaheline võrdväärne suhe.....	15
2.7. Seosed õdede hinnangute ja taustamuutujate vahel.....	17
3. METOODIKA.....	19
3.1. Metodoloogilised lähtekohad.....	19
3.2. Uuritavad.....	19
3.3. Andmete kogumine.....	20
3.4. Andmete analüüs.....	21
3.5. Küsimustiku „Kliendikesksus õendustöös“ valiidsus ja reliaablus.....	22
4. TULEMUSED.....	24
4.1. Õdede taustaandmed.....	24
4.1.1. Õdede demograafilised andmed.....	24
4.1.2. Õdede tööga seotud teave.....	25
4.1.3. Õdede keeleoskus.....	26
4.2. Õdede hinnangud oma patsiendikesksusele.....	27
4.2.1. Õdede hinnangud oma tegevusele patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel.....	27
4.2.2. Õdede hinnangud oma tegevusele patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel.....	27
4.2.3. Õdede hinnangud oma individuaalsetele tegevuseeldustele.....	28
4.2.4. Õdede hinnangud oma tegevusele õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamisel.....	29
4.3. Seosed õdede hinnangute ja taustaandmete vahel.....	31
5. ARUTELU.....	33
5.1. Olulisemad tulemused ning nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega....	33
5.2. Eetilised aspektid.....	37
5.3. Tulemuste usaldusväärsus.....	37

5.4. Uurimistöö kitsaskohad.....	39
5.5. Tulemuste olulisus ja rakendatavus.....	40
5.6. Uued uurimisprobleemid.....	41
6. JÄRELDUSED.....	42
KASUTATUD KIRJANDUS.....	43
LISAD	
Lisa 1. Mõõdik „Kliendikesksus õendustöös“ õele	
Lisa 2. TÜ Inimuuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks	
Lisa 3. Andmete väljavõtu leht	



## 1. SISSEJUHATUS

Balint (1969) kirjeldas juba kahekümnenda sajandi keskel patsiendikesksust kui meditsiinilise mõtlemise viisi, kus patsienti vaadeldakse kui unikaalset tervikut. Tänapäeval peetakse patsiendikesksust kvaliteetse tervishoiu põhiväärtuseks (Mead ja Bower 2000, DiGioia jt 2007, Morgan ja Yoder 2012). See lähenemisviis tervishoius on ka Eesti õenduse ja ämmaemanduse riikliku arengustrateegia 2011–2020 üheks tähtsamaks arengusuunaks (Kaheksa sammu inimese... 2011). Patsiendikesksuse tagamine tervishoius on äärmiselt oluline, kuna sellel on mitmeid positiivseid tulemeid nii patsiendi, tervishoiutöötaja kui ka tervishoiuorganisatsiooni aspektist vaadatuna (Jayadevappa ja Chhatre 2011).

Mujal maades läbi viidud uurimistöödest selgub, et õdede hinnangul on nad oma tegevustes enamasti patsiendikesksed. Õed leiavad, et oma igapäevatöös järgivad nad individuaalsuse printsiipi ning austavad patsiendi õigust otsustada oma ravi ja hoolduse üle. (Charalambous jt 2010, Suhonen jt 2011.) Samas mõneti vastuoluliselt tunnistavad nad, et on teadlikud puudustest, mis esinevad patsientidele olulistes valdkondades. Näiteks ei tugine õed sageli praktikas tõenduspõhisele teabele (Johansson jt 2002). Puudujääke esineb ka informatsiooni tagamisel patsientidele ja nende lähedastele (West jt 2004, O'Sullivan ja Savage 2008, Lee jt 2009) ning isegi patsientidele füüsilise abi osutamisel (West jt 2004).

Drozd'i jt (2007) väitel on patsiendikesksus üks ortopeedilise õenduse põhiväärtuseid. Kneale (2000) rõhutab ortopeedilise õenduse järjepideva hindamise ning praktikat toetavate uurimuste läbiviimise olulisust. Samas pole uurimistöö autorile teadaolevalt Eestis patsiendikesksust ortopeedia ja traumatoloogia valdkonnas uuritud. Küll aga on uuritud õdede vaatekohti oma patsiendikesksusest eakate hooldusravis, kus selgus, et õdede hinnangul on nad oma tegevustes enamasti patsiendikesksed. Kitsaskohti ilmnes patsiendi ja tema lähedaste kaasamisel ravi puudutavate otsuste tegemisse. (Kumm 2010.) Sama kitsaskoht ilmnes ka Laks'i (2009) magistritöös, kus uuriti patsiendi lähedaste vajadusi intensiivravis õdede vaatekohast. Hetkel puudub tõenduspõhine teave selle kohta, kuidas hindavad õed oma tegevuse patsiendikesksust statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades.

Uurimuse tulemused on olulised Eesti ortopeedilise ja traumatoloogilise õendusabi kvaliteedi tagamiseks. Nimelt tehes kvantitatiivse meetodi abil kindlaks hetkel õenduspraktikas esinevad kitsaskohad on võimalik tulevikus õdede hinnangutest lähtuvalt planeerida vajalikke arendustegevusi. Need omakorda aitaksid tõhustada patsiendikeskset lähenemist ortopeedia ja traumatoloogia valdkonnas.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada Eesti statsionaarsete ortopeedia ja traumatoloogia osakondade õdede hinnanguid oma tegevuse patsiendikesksusele ning selgitada seoseid õdede hinnangute ja taustamuutujate vahel.

Lähtuvalt eesmärgist püstitati järgmised uurimisküsimused:

1. Kuidas hindavad õed oma tegevust patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel?
2. Kuidas hindavad õed oma tegevust patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel?
3. Kuidas hindavad õed oma individuaalseid tegevuse eelduseid?
4. Kuidas hindavad õed oma tegevust õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamisel?
5. Millised on seosed õdede hinnangute ja taustamuutujate vahel?

## **2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST**

### **2.1. Õde ortopeedia ning traumatoloogia osakonnas**

Nii ortopeedia kui ka traumatoloogia on kirurgilised erialad ning sageli käsitletakse neid koos ortopeedia valdkonna all. Ortopeedia uurib ning ravib liikumis- ja tugieliundite deformatsioone ja talitlushäireid ning püüab nende tekkimist vältida. Traumatoloogia käsitleb traumasid, vigastatute abistamist ning ravi. (Santy jt 2005, Haviko 2009, Langemets jt 2009.) Traumatoloogia valdkonda peetakse ortopeedia üheks alaosaks, mistõttu on nende kahe valdkonna vahel väga väikesed erisused. Sageli ravitakse liikumis- ja tugieliundite traumaga patsiente ortopeedia üksustes ning ortopeedia õdede poolt, kellel on vajaminevad spetsiifilised teadmised ning oskused tagamaks kvaliteetset holistilist õendusabi nii ortopeediliste kui ka traumatoloogiliste probleemidega patsientidele. (Santy 2000.)

Eestis saab üldõena töötada isik, kes on läbinud kutsealase põhikoolituse üldprogrammi ning kellele on antud õigus praktiseerida õendusosalal. Õdedel on võimalik läbida ka erialane koolitus, mis võimaldab eriala (kliiniline õendus, intensiivõendus, vaimse tervise õendus või terviseõendus) omandamist kutseala sees. (Õendusala arengukava 2002-2015.) Abiõena on õendusala üliõpilasel võimalik töötada üldõe juhendamisel siis, kui ta on läbinud õe või ämmaemanda õppekava II kursuse (Tervishoiu valdkonna soovituslikud ametinimetused). Kui Eestis peavad ortopeedia ja traumatoloogia valdkondades töötavad õed tuginema oma pädevuse hindamisel üldõe kutsestandardile, siis näiteks Inglismaal on välja antud spetsiifilisem pädevuse raamistik, millele ortopeedia ja traumatoloogia õdedel on oma töös võimalik tugineda tagamaks kvaliteetsem õendusabi patsiendi jaoks. (Santy jt 2005, Drozd jt 2012.)

Ortopeedia valdkonnas võib kohata patsiente väga erinevates vanustes. Samuti võib olla tegemist nii plaaniliste kui ka erakorraliste patsientidega, mille tõttu on õenduspersonalil vaja väga laialdasi oskuseid nende erinevate patsiendigruppide vajadustega toimetulekuks. (Drozd jt 2007.) Kiire ja adekvaatne õendustegevus, sealhulgas patsiendi seisundi hindamine ning sellest lähtuv õendusabi, on ortopeedilises õenduses esmatähtis, kuna see mõjutab otseselt patsiendi tervistumist ning taastumist oma vigastustest (Santy 2000, Mamaril jt 2007). Santy jt (2005) toovad välja, et ortopeedia ja traumatoloogia õed on oma töös fokusseerunud patsientide ja nende lähedaste abistamisele eesmärgiga taastada patsientide endine liikuvus.

## 2.2. Patsiendikesksus

Patsiendikesksust võib lühidalt defineerida kui lähenemisviisi tervishoius, mille fookuses on patsient oma väärtuste, eelistuste ja vajadustega (IAPO 2007, Shaller 2007, Jayadevappa ja Chhatre 2011, Manley jt 2011, Morgan ja Yoder 2012). Operatsioonalselt on patsiendikesksust raskem defineerida, kuna tegemist on üsna abstraktse mõistega, mis hõlmab endas mitmeid erinevaid dimensioone (McCormack jt 2010, Jayadevappa ja Chhatre 2011). Sellest lähtuvalt on ka erinevad autorid käsitlenud patsiendikesksust isemoodi. Teemakohasele kirjandusele tuginedes võib öelda, et patsiendikesksus on lähenemisviis tervishoius, mille põhiväärtusteks on austus, võrdväärne kohtlemine, individuaalsus, konfidentsiaalsus ja patsiendi kaasamine oma ravis (Mead ja Bower 2000, Conway jt 2006, de Haes 2006, Jayadevappa ja Chhatre 2011, Manley jt 2011, Morgan ja Yoder 2012). Patsiendikeskne õendusabi kätkeb endas õdede individuaalseid tegevuse eelduseid, mille all enamasti mõeldakse õendusabis vajalikke teadmisi ja oskuseid (Santy 2001, Clarke 2003, Santy jt 2005, Drozd jt 2007, Tutton jt 2007). Lisaks eelpool toodule on patsiendikesksuse indikaatoriteks ka kliendisõbralik õhkkond ja võrdväärne suhe tervishoiutöötaja ning patsiendi vahel (Mead ja Bower 2000, de Haes 2006, McCance jt 2009).

Patsiendikesksus on nii kvaliteetse tervishoiu (Morgan ja Yoder 2012) kui ka ortopeedilise õenduse põhiväärtus (Drozd jt 2007). Patsiendikesksus erineb sellisest traditsioonilisest lähenemisest tervishoius, kus tervishoiutöötaja võttis vastutuse ravi eest enda peale ning mille keskmes oli haigus. Patsiendikeskne lähenemine jätab vastutuse oma tervise eest patsiendile koos tervishoiutöötaja abiga. (Robinson jt 2008.)

Patsiendikesksus on tänapäeva meditsiinis ihaldusväärne siht seetõttu, et tal on mitmeid häid tulemeid kõikide osapoolte jaoks tervishoius. Eelkõige on patsiendikeskne lähenemisviis vajalik patsiendi rahulolu ning õendusabi kvaliteedi tagamiseks. Organisatsioonile tagab patsiendikeskse praktika rakendamine kuluefektiivsuse. (Jayadevappa ja Chhatre 2011). Patsiendikesksel lähenemine omab kasutegureid ka tervishoiutöötaja aspektist vaadatuna. Nimelt mõistab patsiendikeskne õde paremini oma patsienti tervikuna ning tema haigust. Tervishoiutöötaja ja patsiendi omavahelise suhte kvaliteet tõuseb põhinedes austusel ning usaldusel. (Holmström ja Röing 2010, Bertakis ja Azari 2011.) Tagades patsientide heaolu ja edukuse oma töös ning ettevõtmistes tõuseb ortopeedia õdede hinnangul ka nende endi rahulolu oma tööga. (Santy jt 2005, Drozd jt 2007).

### **2.3. Patsiendikesksuse põhiväärtused**

Patsiendikesksuse puhul on oluline austada patsienti ja tema lähedasi ning arvestada seejuures nii patsiendi kui ka tema lähedaste individuaalsusega. Uurimustes on selgunud, et õdede hinnangul järgivad nad oma tegevustes individuaalsuse printsiipi. Samuti on õed leidnud, et nad austavad patsiendi õigust otsustada oma ravi ja hoolduse üle. (Charalambous jt 2010, Suhonen jt 2011.) Patsiendi ja tema lähedaste aktiivne kaasamine patsiendi ravi ja hoolduse planeerimisse iseloomustab ka patsiendikeskset lähenemist tervishoius. Siinjuures tuleb patsiendile ja tema lähedastele jagada vajalikku informatsiooni jäädes ise samaaegselt ausaks ning avatuks. (Gerteis jt 1993: 38, Conway jt 2006, Shaller 2007.)

Patsiendikesksuse aspektist vaadatuna on oluline hoolitseda patsiendi vajaduste eest (Gerteis jt 1993: 8, IAPO 2007). Erinevates ortopeedia valdkonnas läbi viidud uurimustes on selgunud, et nii patsiendi füüsiliste, psühholoogiliste kui ka emotsionaalsete vajaduste eest hoolitsemisel esineb vajakajäämisi (West jt 2004, Lee jt 2007). Iirimaal läbiviidud uurimuses selgus samuti, et patsiendi füüsiliste vajaduste eest ei hoolitseta piisavalt. Näiteks ootavad õed, et patsiendid annaksid puusa endoproteesimise järgselt neile ise teada valuvaigisti soovist ning enamus uuritavatest leidsid, et õed jätavad tähelepanuta patsiendi vajaduse valuvaigisti järele. Ilmnes ka, et ortopeedia õed teadvustavad endile puusa endoproteesimise järgse rehabilitatsiooni olulisust patsiendi füüsilise, sotsiaalse ja vaimse heaolu tagamiseks. Siiski ei pöörata oma igapäevatöös sellele piisavalt tähelepanu keskendudes pigem patsiendi olemasolevate võimete säilitamisele kui nende arendamisele. (O'Sullivan ja Savage 2008.)

### **2.4. Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine**

Ravi ja hoolduse keskkond ning suhted personaliga mõjutavad seda, kuidas patsiendid osutatavat tervishoiuteenust tajuvad. Sotsiaalne, avatud ja sõbralik keskkond aitab personalil ja patsientidel paremini kontakteeruda ning tagab seega patsientidele emotsionaalse toe ja turvalisuse. (Tutton jt 2007.) Gerteis jt (1993) ning Shaller (2007) on ühe patsiendikesksuse tunnuseks toonud välja füüsilise mugavuse tagamise patsiendi jaoks ning Tongue jt (2005) peavad suhtlemist kvaliteetse teenuse alustalaks. Uurimused kinnitavad, et õed peavad praktikas samuti oluliseks patsiendile mugavuse tagamist ning õe ja patsiendi vahelist suhtlust (Santy 2001, von Essen ja Sjöden 2003, Drozd jt 2007).

Manley jt (2011) rõhutavad patsiendikeskse lähenemise puhul õeskonna ühtse mentaliteedi (kogu meeskond peab patsiendikeskset lähenemist väärtustama) ja tulemusliku töökultuuri olulisust. Charalambous jt (2010) uurimus kinnitab, et patsientidele osutatud õendusabi individualiseeritus on seotud professionaalse töökeskkonnaga. Seega võib öelda, et patsiendikeskse praktika tagamiseks on oluline kogu tervishoiumeeskonna ning ka organisatsiooni koostöö.

Patsiendikeskses praktikas tuleb patsiendile tagada informeeritud otsuste tegemise võimalus ning seejuures on tervishoiutöötaja kohustuseks patsienti võimestada ning tema iseseisvust tõsta. Rääkides patsiendile valikuvõimalustest, tagajärgedest ning kaasates informeerimise protsessi ka teisi meeskonnaliikmeid on võimalik patsienti otsuste tegemisel abistada. (Manley jt 2011.) Koreas on uuritud õdede vaatekohti informeeritud nõusolekule. Selgus, et õdede arvates on informeeritud nõusolek oluline nii patsiendile kui ka tervishoiutöötajale kaitstes neid raviprotsessis. Samas leidub ka õdesid, kes peavad informeeritud nõusoleku võtmist formaalsuseks, mis enamasti kaitseb vaid tervishoiutöötajat. Üldiselt leiti siiski, et informeeritud nõusolek annab patsiendile võimaluse osaleda raviprotsessis ning annab talle otsuste tegemisel iseseisvuse. (Lee jt 2009.)

## **2.5. Õdede individuaalsed tegevuse eeldused**

Hea suhtlemisoskus võimaldab õel patsienti koos tema vajaduste, eelistuste ja ootustega põhjalikult tundma õppida. Seejärel on ka kolleegidel võimalus õppida patsienti tundma läbi heade kollegiaalsete suhete ning korrektse dokumentatsiooni. (Manley jt 2011.) Nørgaard'i (2011) uurimusest selgus, et suhtlemisalaste koolituste järgselt paranes tervishoiutöötajate läbisaamine nii kolleegide kui ka patsientidega. Õed tunnistasid, et nad on suhtlemisel enesekindlamad ning omavad suuremat kontrolli suheldes rahulolematute patsientide või nende lähedastega. Tervishoiutöötajad muutusid peale suhtlemisalasel koolitusel osalemist patsiendikesksemaks, millest andis tunnistust ka patsientide rahulolu tõus.

Ortopeedia valdkonnas töötavad õed tunnevad, et nende teadmised on unikaalsed ning spetsiifilised. Nad teadvustavad endile ka seda, et iga õe teadmistepagas on erineval tasemel ning tunnistavad, et oma teadmisi ja oskuseid teatud valdkondadest on väga raske arendada. Õdede hinnangul on spetsiifiliste oskuste ja teadmiste arendamiseks vajalikud vastavad koolitused, kuna ilma nendeta võib patsiendihoolduse kvaliteet ortopeedia valdkonnas spetsialisti oskuste puudumise tõttu langeda. (Drozd jt 2007.) West jt (2004) uurimus kinnitas samuti, et õed

tunnevad vajadust erinevate koolituste järele. Sellised väljaütlemised näitavad seda, et õed on oma teadmiste ning oskuste arendamisele väga avatud. Näiteks Nørgaard'i (2011) uurimuses olid just õed teiste tervishoiutöötajate seas need, kelle suhtumine koolitusinterventsiooni oli kõige positiivsem.

Oma vilumuse ning patsientidele parima hoolduse tagamiseks on õdede oskuste ja teadmiste pidev arendamine väga oluline. Patsiendikesksuse tagamiseks peavad õdede teadmised ja oskused olema spetsiifilised ning tõenduspõhised. (Santy 2001, Clarke 2003, Santy jt 2005, Drozd jt 2007, Tutton jt 2007.) Johansson jt (2002) uurisid Soomes ortopeedia osakondades õdede hinnanguid patsiendiõpetusele. Uurimusest selgus positiivse asjaoluna see, et õdede hinnangul valdavad nad patsiendiõpetuse sisu ortopeedia valdkonnas hästi. Samas kitsaskohana selgus, et sagedamini tuginetakse patsiendiõpetusel oma isiklikele kogemustele ning harva tõenduspõhisele teabele. Tõenduspõhise teabe olulisust rõhutatakse aga nii kvaliteetse patsiendikeskse õendusabi tagamisel kui ka praktika arendamisel (Clarke 2003, Farley ja Weinstein 2006).

Kneale (2000) peab oluliseks, et ortopeedia õed jätkaksid oma eriala hindamist ning praktikat toetavate uurimuste läbiviimist. Õdedel peab olema olemas teadmiste baas, millele oma praktikas tugineda. Kasutades tõenduspõhist lähenemist saab parandada õendusabi kvaliteeti näiteks läbi koolituste arendades seeläbi õdede oskuseid ja teadmisi. Läbi praktika hindamise on võimalik välja selgitada praktikas esinevad nõrkused ja tugevused. Manley jt (2011) rõhutavad samuti õendusabi järjepideva hindamise vajalikkust patsiendikeskses praktikas.

Kuigi koostöö teiste tervishoiu meeskonna liikmetega on patsiendikesksuse tagamisel oluline (Gerteis jt 1993: 67, Farley ja Weinstein 2006, DiGioia jt 2007) on mitmetes uurimustes selgunud, et õed ei osale sageli multidistsiplinaarse meeskonna töös. Koostööd takistavateks teguriteks on olnud nii õdede valed arusaamad multidistsiplinaarse meeskonna olemusest (Atwal ja Caldwell 2006) kui ka liigne töökoormus (Drozd jt 2007). Atwal'i ja Caldwell'i (2006) uurimuses selgus, et õed peavad sageli ületama mitmeid takistusi kui nad tahavad multidistsiplinaarsest meeskonnatööst osa võtta. Need takistused hõlmavad endas nii õdedest tulenevaid tegureid, näiteks liigne tagasihoidlikkus ning valehäbi, organisatsioonist tulenevaid tegureid, näiteks töökorraldus, aga ka töökaaslastest tulenevaid tegureid. Viimaste all võib näiteks tuua arstide liigse domineerimise patsiendi ravi ja hoolduse planeerimisel.

## 2.6. Õe ja patsiendi vaheline võrdväärne suhe

Lee jt (2007) hindasid ortopeedia osakonna patsientidele osutatava õendusabi kvaliteeti ning selgus, et kõrgeimalt hinnati väiteid õendusplaani ning õendusabi eesmärkide hindamise kohta. Samas selgub O'Sullivan'i ja Savage (2008) uurimuses, et õed jätavad ravi planeerimisse ning ravi eesmärkide püstitamisse sageli patsiendid kaasamata. Vajakajäämisi esineb ka patsientidele piisava informatsiooni tagamisel eesootavate tegevuste kohta ning füüsiliste harjutuste teostamises rehabilitatsiooni eesmärgil pärast ortopeedilist operatsiooni. Von Essen'i ja Sjödén'i (2003) uurimusest selgus, et õed ei pea oluliseks koos patsiendiga realistlike eesmärkide seadmist. Samuti on õdede jaoks väheoluline leida koos patsiendiga talle sobiv aeg rääkimaks tema seisundist.

Eetilistest ja seaduslikest printsiipidest lähtudes peab patsiendile olema tagatud võimalus teha informeeritud otsuseid. Siinjuures on oluline õel toetada patsienti tema ravi puudutavate otsuseid tegemisel austades seejuures igati tema iseseisvust. (De Haes 2006, Jayadevappa ja Chhatre 2011, Manley jt 2011, Morgan ja Yoder 2012.) Tervishoiutöötaja peab tõenduspõhisele teabele tuginedes patsiendile selgitama tema ravi puudutavaid valikuid ning tema otsuste tagajärgi patsiendile arusaadavas keeles. Otsuste tegemisse võib kaasata patsiendi lähedasi ning vajadusel ka teiste valdkondade asjatundjaid. (Manley jt 2011.) Von Essen'i ja Sjödén'i (2003) uurimuses selgus, et õdede jaoks on oluline tagada patsiendile vajalik teave talle arusaadavas keeles. Nii West'i jt (2004), O'Sullivan'i ja Savage (2008) ja Lee jt (2009) uurimustest selgus, et informatsiooni tagamine patsientidele on puudulik ning mitte alati ei arvestata seejuures patsientide individuaalsusega.

Patsiendi kaasamisel on oluline eelnevalt välja selgitada, millisel määral ta üldse soovib oma ravis ja hoolduses osaleda. Tegutsedes patsiendi soovide ja ootuste kohaselt on tagatud ka patsiendikeskne lähenemine (Gerteis jt 1993: 38, De Haes 2006, Manley jt 2011). Seega võibki juhtuda, et mõne patsiendi puhul ollaksegi tegelikult patsiendikesksed siis, kui ei tegutseta patsiendikesksuse printsiipe järgides. Nimelt ei soovi patsiendid alati oma ravis ja hoolduses aktiivselt osaleda, otsuseid vastu võtta või õigeaegset ning täpset informatsiooni saada oma tervise kohta. (Duggan jt 2006.)



Ortopeedia õed peavad oma töös üheks olulisemaks aspektiks patsiendi seisundi hindamist. Samuti langeb nende õlule sageli vastutusrikas ülesanne planeerida patsiendi haiglast välja lubamist. Siinkohal teeb olukorra keeruliseks see, et haiglakeskkonnas on patsientidele turvalisus tagatud tervishoiutöötajate poolt, kuid kodustest tingimustes peab patsient sõltuma oma lähedastest. (Drozd jt 2007). Gerteis jt (1993: 198) rõhutavad patsiendikeskse lähenemise puhul lähedaste kaasamist patsiendi haiglast välja lubamise planeerimisse. West jt (2004) uurimuses tunnistasid õed, et nad ei suuda alati patsiendi vajadustele vastu tulla. Vajakajäämised ilmnesid nii patsiendi emotsionaalses toetamises kui ka efektiivses koju lubamise planeerimises. Samuti ilmnes puudujääke nii patsientide endi kui ka nende lähedaste informeerimises pidades silmas just teabe järjepidevust.

Õed peavad oluliseks patsiendi kuulamist ning mõistavad, et patsient tunneb iseennast kõige paremini (Von Essen ja Sjöden 2003). Patsiendi kuulamine ning tema soovide kohane tegutsemine iseloomustab ka patsiendikeskset praktikat. Kui patsient pole võimeline lähtuvalt oma tervislikust seisundist ise otsuseid tegema, siis tuleb pöörduda patsiendi lähedaste poole ning tegutseda selle kohaselt, mida patsient oleks soovinud teha. (Manley jt 2011.) Gerteis jt (1993: 198) nimetavad ühe patsiendikesksuse dimensioonina just lähedaste kaasamist patsiendi ravis. Tervishoiutöötajad peaksid julgustama lähedasi patsiendi ravis osalema ning tagama neile vajalikud teadmised ning oskused patsiendi abistamiseks. Lee jt (2007) uurimuse põhjal on just patsiendi lähedaste kaasamine patsiendi ravis ja hooldusesse ortopeedia osakondades üheks kitsaskohaks.

## **2.7. Seosed õdede hinnangute ja taustamuutujate vahel**

Teemakohase kirjandusega tutvudes paistavad silma õdede hinnangute ja taustamuutujate vahelised seosed. Sagedamini seostatakse õdede vaatekohti patsiendikesksusele hariduse ja ametikohaga. Suhonen'i jt (2011) uurimusest selgub, et õdede haridustase ja suhtumine oma töösse mõjutab nende vaatekohti individuaalse õendusabi tagamisele. Idvall'i jt (2012) uurimuses võrreldi õdede haridustaset ning individuaalset õendusabi hõlmavaid hinnanguid. Sarnaselt teistele uurimustele selgus, et kõrgema haridusega õed toetasid patsiendi individuaalsust sagedamini. Samas õdede hinnanguid ametikohaga võrreldes selgus, et hinnangud patsiendi individuaalsuse toetamise kohta olid kõrgemad just madalamal ametikohal töötavatel õdedel. Sellise seose põhjuseks võib olla tõik, kus madalamal ametikohal töötaval õel on küll madalam haridustase, kuid praktikas on tal rohkem aega patsiendi jaoks ning temaga suhtlemiseks.

Seoseid on uuritud õdede hinnangute ja töökogemuse, vanuse ja soo vahel. Idvall jt (2012) selgitasid välja, et õdede hinnangud individuaalse õendusabi kohta ja õdede töökogemus on korrelatsioonis. Seoseid õdede hinnangute ja vanuse ning soo vahel ei ilmnunud. Viimase põhjuseks võis olla see, et meessoost õdesid osales uurimuses vähe. Õdede patsiendikesksus on seotud tööalaste koolitustega. Nørgaard (2011) viis oma uurimustöö raames läbi suhtlemisalase koolitusinterventsiooni ning tõdes, et õed olid peale koolitust patsientidega suheldes varasemast patsiendikesksemad.

### **3. METOODIKA**

#### **3.1. Metodoloogilised lähtekohad**

Käesolev uurimistöö on kvantitatiivne, kirjeldav ja empiiriline. Kvantitatiivset uurimust iseloomustab eesmärgipärasus ja süstemaatilisus. Selle lähenemise puhul kogutakse informatsiooni huvipakkuva nähtuse kohta numbriliste andmete abil. (Burns ja Grove 2005: 23.) Kirjeldavat uurimismeetodit kasutatakse siis, kui huvipakkuva nähtuse kohta on tõenduspõhist teavet vähe või pole seda üldse. Kvantitatiivse kirjeldava uurimuse ülesandeks on anda ülevaade reaalsest olukorrast ning identifitseerida uuritavate nähtuste vahelisi seoseid. (Burns ja Grove 2005: 44.) Samuti sobib seda metoodikat kasutada siis, kui soovitakse kindlaks teha praktikas esinevaid kitsaskohti. Kvantitatiivse meetodi puhul mõjutavad või parendavad uurimistulemused otseselt õenduspraktikat. (Burns ja Grove 2005: 49.)

Käesolevas uurimuses on huvipakkuvaks nähtuseks õdede patsiendikesksus nende endi hinnangul statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades. Eesti õenduse ja ämmaemanduse riikliku arengustrateegia 2011–2020 järgi on patsiendikesksuse arendamine Eesti tervishoius üheks tähtsamaks arengusuunaks. Varasemalt on antud valdkonda uuritud nii kvantitatiivse kui ka kvalitatiivse meetodiga. Magistritöö autor otsustas käesoleva uurimuse läbiviimisel kvantitatiivse meetodi kasuks lähtudes iseenda isikuomadustest, mis kvalitatiivse uurimuse läbiviimiseks ei sobi. Lisaks sellele võimaldab kvantitatiivse meetodi rakendamine edaspidiselt uurimistulemustele tuginedes hakata planeerima potentsiaalseid arendustegevusi praktikas.

#### **3.2. Uuritavad**

Uurimistöö viidi läbi kuue Eesti haigla (SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, SA Ida-Viru Keskhaigla, SA Pärnu Haigla) kaheksas statsionaarses ortopeedia osakonnas ja ühes statsionaarses traumatoloogia osakonnas. Uuritavateks olid nende osakondade õed ja abiõed, kes ei viibinud kogu andmete kogumise perioodil puhkusel, lapsehoolduspuhkusel või töövõimetuslehel. Uurimusse ei kaasatud õendusjuhte, kuna nemad ei osuta patsientidele otsest õendusabi ning ei saa seega uurimuses kasutatud küsimustikus sisalduvaid väiteid hinnata. Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne. Eestis osutatakse statsionaarset ortopeedilist ja traumatoloogilist õendusabi lisaks eelpool nimetatutele ka SA Tallinna

Lastehaiglas ning SA Narva Haiglas, kuid nende haiglate ortopeedia ja traumatoloogia õdesid valimisse ei kaasatud. Nimelt ei vasta SA Tallinna Lastehaigla õed uuritavate kaasamiskriteeriumitele, kuna selles haiglas ei osutata õendusabi täiskasvanud patsientidele. SA Narva Haigla ei andnud korduvatele pöördumistele vaatamata magistritöö autorile tagasisidet uurimuses osalemise kohta, mille tõttu selle haigla traumatoloogia osakonna õed jäid uurimuse valimist välja.

Uurimistöö valim oli käepärane. Tuginedes uurimiskeskondade õendusjuhtidelt saadud andmetele oli Eestis seisuga 01.10.2012 143 statsionaarsete ortopeedia ja traumatoloogia osakondade täiskasvanud patsientidele õendusabi osutavat õde (N=143). SA Narva Haiglat, kus töötas seitse traumatoloogia õde, uurimusse ei kaasatud ning seega jagati välja 136 küsimustikku. Uurijale tagastati 108 küsimustikku, millest üks oli puudulikult täidetud (vastatud oli vaid taustaandmeid hõlmavatele küsimustele) ning jäeti seetõttu analüüsiprotsessist välja. Kokku analüüsiti 107 (74,8%) küsimustikku (n=107).

### **3.3. Andmete kogumine**

Andmete kogumiseks kasutati Kalam-Salminen poolt aastal 2008 koostatud struktureeritud küsimustikku, mille on eesti keelde tõlkinud ja oma uurimistööle sobilikuks kohandanud Treiman-Kiveste (2010). Ankeet kannab pealkirja „Kliendikesksus õendustöös“ („*Client-Centeredness in Nursing Care*“) (vt lisa 1). Ankeedi kasutamiseks ja kohandamiseks on originaalankeedi autor oma nõusoleku andnud e-maili teel. Käesolevas uurimuses kasutati originaalmõõdiku mõiste klient asemel mõistet patsient. Selle terminoloogilise korrektuuri tingis Eestit iseloomustav kultuurikontekst.

Uurimuses kasutatud küsimustikus on kokku 61 küsimust ja väidet. Taustaandmetest küsiti uuritavatelt demograafilisi andmeid ja tööga seotud teavet. Lisaks taustamuutujatele sisaldab küsimustik 47-st väitest koosnevat põhiosa, mis mõõdab uuritavat nähtust neljaks alaosaks jaotatuna. Uuritavaks nähtuseks on siinkohal patsiendikesksus õendustöös ning alaosadeks: „Patsiendikesksuse põhiväärtused“ (6 väidet), „Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine“ (9 väidet), „Individuaalsed tegevuseeldused“ (14 väidet) ja „Võrdväärne suhe patsiendiga“ (18 väidet). Taustaandmeid hõlmavate küsimuste puhul oli uuritavatel võimalik valida endale sobivaim vastusevariant valikvastustest. Patsiendikesksust hõlmavate väidete puhul oli uuritavatel võimalus oma nõusolekut väljendada viieastmelisel Likert skaalal, kus 1 = üldse mitte nõus, 2 = pigem mitte nõus, 3 = ei nõus ega mitte nõus, 4 = pigem nõus ja 5 = täiesti nõus.

Uurimistöö läbiviimiseks oli olemas kirjalik luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt (vt lisa 2) ja uurimuses osalenud haiglate juhtkondadelt. Enne andmete kogumist viidi läbi SA Tartu Ülikooli Kliinikumi ortopeedia osakonna õdede seas prooviuuring (n=19, vastamismäär 78,9%) tagamaks küsimustiku sisuvaliidsus. 04.05.2012 anti eesmisevast uurimusest tutvustav ülevaade Põhjamaade Ortopeedia Föderatsiooni (*Nordic Orthopaedic Federation*) 56-l kongressil Tallinnas. Lisaks sellele, käis uurija enne andmete kogumise algust SA Tartu Ülikooli Kliinikumis ja AS Ida-Tallinna Keskhaiglas ortopeedia osakondades õdede koosolekul tutvustamaks neile personaalselt eesmisevast uurimust.

Andmete kogumine toimus ajavahemikus 01.10.2012–04.11.2012. Uuritavate kaasamiseks kasutati uurimiskeskcondade õendusjuhtide abi. Neid instrueeriti uurimistöö läbiviimise korrast, uurimuse olemusest ja kaasnevatest eetilistest printsiipidest, sealhulgas uuritavate õigustest anonüümsusele ja vabatahtlikkusele. Seejärel anti õendusjuhtidele eelnevalt adresseeritud ning margistatud ümbrikus küsimustikud kaaskirjaga õdedele jagamiseks. Uuritavatel oli võimalus täita küsimustik endale sobival ajal ja kohas ning saata täidetud küsimustik suletud ümbrikus postiga otse uurijale. Uurijale teadaolevalt oli SA Tartu Ülikooli Kliinikumi ja AS Ida-Tallinna Keskhaigla uuritavatel võimalus täidetud küsimustikud anda ka osakonna õendusjuhi kätte, kes need omakorda uurijale toimetas.

### **3.4. Andmete analüüs**

Andmed analüüsiti kasutades andmetöötlusprogrammi SPSS (*Statistical Packages for the Social Sciences*) 21,0. Sagedusjaotustabelite koostamiseks kasutati tabelitöötlusprogrammi Microsoft Excel 2007. Andmete analüüsimeetodina kasutati kirjeldavat statistikat, Fisheri täpset testi, Spearmani korrelatsioonianalüüsi. Olulisuse nivooks valiti 0,05 (95% tõenäosusele).

Kirjeldava statistika abil organiseeritakse andmebaas ning antakse andmetele tähendus (Burns ja Grove 2005: 734). Kirjeldava statistika puhul esitati andmed sagedusjaotustabelites suhtarvude ja absoluutarvudena. Vanuse puhul, mis on pidev tunnus, määrati ka miinimum, maksimum, aritmeetiline keskmine ja standardhälve. Kuna mitmed uuritavad ei olnud vastanud kõikidele küsimustele, siis on sagedusjaotustabelites ära toodud iga küsimuse ja väite puhul ka konkreetse valikvastuse valinute arv (n) ning üksikküsimusele vastanud või väidet hinnanud uuritavate koguarv (n).

Uuritavad hindasid oma patsiendikesksust õendustöös viie astmelisel Likerti skaalal. Tulemuste esitamisel tekstis on hinnangud grupeeritud kolme kategooriasse. Kui uuritavad olid väitega „üldse mitte nõus“ või „pigem mitte nõus“, siis koondati need hinnangud ühiseks kategooriaks „ei ole nõus“. Kui uuritav oli vastanud „ei nõus ega mitte nõus“, siis see tähendas, et ta ei oma kindlat seisukohta antud väite puhul. Kui uuritavad olid valinud järjestusskaalal vastusevariandid „pigem nõus“ või „täiesti nõus“, siis koondati need hinnangud ühtseks kategooriaks „nõus“. Sellise kategoriseerimise kasuks otsustati seetõttu, et nii on võimalik tulemustest saada parem ja selgem ülevaade. Samas sagedustabelites uuritavate hinnanguid grupeeritud pole, kuna selline esitlusviis on informatiivsem andes lugejale uuritavate hinnangutest põhjalikuma ülevaate.

Nominaaltunnuste ja järjestustunnuste võrdlemiseks kasutati Fisheri täpset testi. See test võimaldab välja selgitada, kas erinevus gruppide vahel on statistiliselt oluline või mitte. Fisheri täpset testi kasutati seetõttu, et vähemalt ühes analüüsitavas grupis oli oodatav vastanute määr alla viie. Erinevust gruppide vahel peeti statistiliselt oluliseks siis, kui  $p < 0,05$ .

Pidevate tunnuste ja järjestustunnuste ning uuritavate muutujate omavaheliste seoste selgitamiseks kasutati Spearmani korrelatsioonanalüüsi. Seose esinemise korral esitati selle tüüp, mis võib olla kas positiivne või negatiivne ning tugevuse aste, mille tähiseks on  $\rho$ . Kui korrelatsioonikordaja on 0,1–0,29, siis on tegemist nõrga tunnustevahelise seosega. Kui see koefitsient jääb vahemikku 0,3–0,5, siis on tunnustevaheline seos keskmise tugevusega ning kui korrelatsiooni koefitsient on  $>0,5$ , siis on tegemist tugeva seosega. (Burns ja Grove 2005: 499.)

### **3.5. Küsimustiku „Kliendikesksus õendustöös“ valiidsus ja reliaablus**

Küsimustikku „Kliendikesksus õendustöös“ on varasemalt prooviuuringu käigus testitud aastal 2008 küsimustiku autori Kalam-Salminen poolt. Seejärel on selle küsimustikuga paralleelselt läbi viidud uurimus Soome ja Eesti õendusüliõpilaste seas (Kalam-Salminen jt 2013). Kuna käesoleva uurimistöö valimi moodustasid juba praktiseerivad õed ja abiõed, olid kohandused originaalmõõdikus vajalikud. Mõõdiku sisuvaliidsuse tagamiseks viidi ajavahemikus 07.05.2012–27.05.2012 läbi prooviuuring. Selles osales 15 (10,5% üldkogumist) ortopeedia osakonna õde SA Tartu Ülikooli Kliinikumist. Mõõdikut hindasid ka eksperthindajad kelleks olid kaks õde-uurijat, mõõdiku originaalautor ja eesti keele filoloog. Prooviuuringu tulemustest ning eksperthindajate arvamustest lähtuvalt muudeti väidete sõnastust selgemaks, arusaadavamaks ja üheselt mõistetavamaks.

Ühe muudatusena sõnastati viie astmelise Likert skaala vastusevariandid ümber nii, et need oleksid uuritavatele arusaadavamad. Varasemad vastusevariandid asendati vastusevariantidega: üldse mitte nõus (1), pigem mitte nõus (2), ei nõus ega mitte nõus (3), pigem nõus (4) ja täiesti nõus (5). Kuue küsimuse/väite puhul (küsimus/väide number 5, 38, 40, 43, 44 ja 47) lisati nende lõppu näide või täpsustus, mis aitaks uuritavatel küsimust/väiteid paremini mõista. Nelja väite (väide number 19, 29, 55 ja 61) sõnastust muudeti nii, et need oleksid uuritavatele selgemad ning arusaadavamad. Sisulisi muudatusi küsimustikus ei tehtud. Küsimustiku lõpus tagati uuritavatele võimalus oma arvamust avaldada või käsitletavat teemat kommenteerida.

Mõõdiku reliaabluse tagamiseks mõõdeti selle sisemist kooskõla iseloomustavat koefitsienti Cronbachi alfat. Cronbachi alfa näitab millisel määral on küsimused omavahel seotud ja mõõdavad uuritavat nähtust. Mõõdik on usaldusväärne siis kui Cronbachi alfa jääb vahemikku 0,7–0,9. Kalam-Salminen jt (2013) toovad välja, et varasemalt on mõõdiku „Kliendikesksus õendustöös“ alaosa Cronbachi alfa jäänud Soomes läbi viidud uurimuses vahemikku 0,77–0,92 ning Eestis läbi viidud uurimuses vahemikku 0,72–0,91. Käesolevas uurimuses jäid mõõdiku nelja dimensiooni Cronbachi alfa koefitsiendid vahemikku 0,70–0,93. Kogu mõõdiku puhul oli koefitsient 0,96. Cronbachi alfa väärtused on esitatud tabelis 1.

***Tabel 1. Cronbachi alfa väärtused mõõdiku alaosaosades.***

<b>Kliendikesksus õendustöös</b>	<b>Cronbachi alfa</b>
Patsiendikesksuse põhiväärtused (6 väidet)	0,70
Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine (9 väidet)	0,87
Individuaalsed tegevuseeldused (14 väidet)	0,89
Võrdväärne suhe patsiendiga (18 väidet)	0,93
Kõik väited (47 väidet)	0,96

## 4. TULEMUSED

### 4.1. Õdede taustaandmed

#### 4.1.1. Õdede demograafilised andmed

Käepärasesse valimisse kuulus 107 vastanut, kellest enamus olid naised. Uuritavate keskmiseks vanuseks oli 39 aastat (SD 11,2). Vastanud jäid vanusevahemikku 22-63 eluaastat. Kõige rohkem oli nende seas rakenduskõrgharidusega uuritavaid ning kõige vähem magistrikraadi omajaid. Muu hariduse all nimetati kuueteistkümnel korral keskerihariduse ning neljal korral bakalaureusekraadi olemasolu. Viimati lõpetatud õppeasutustena toodi vastusevariandi muu all välja enim Kohtla-Järve Meditsiinikooli (kuuel korral), Tartu Meditsiinikooli (neljal korral) ja mujal maailmas asuvaid koole (kolmel korral). Uuritavate demograafilised andmed on esitatud tabelis 2.

**Tabel 2. Õdede demograafilised andmed.**

Demograafilised andmed		n	%
Vanus aastates (n=104)	22-29	30	28
	30-39	22	20,6
	40-49	28	26,2
	50-59	22	20,6
	60-63	2	1,9
Sugu (n=105)	naine	104	97,2
	mees	1	0,9
Perekonnaseis (n=104)	vallaline	22	20,6
	abielus/vabaabielus	64	59,8
	lahutatud/lesk	18	16,8
Lapsed (n=104)	ei ole lapsi	33	30,8
	on vähemalt üks laps	71	66,4
Haridus (n=106)	kutseharidus	21	19,6
	rakenduskõrgharidus	61	57
	magistrikraad	3	2,8
	muu	21	19,6
Viimati lõpetatud õppeasutus (n=102)	Tartu Tervishoiu Kõrgkool	29	27,1
	Tallinna Tervishoiu Kõrgkool	48	44,9
	Tartu Ülikool	3	2,8
	muu	22	20,6



#### 4.1.2. Õdede tööga seotud teave

Rohkem kui pooled uuritavatest (60,7%) märkisid oma töökohaks piirkondliku haigla samas kui väiksem osa vastanutest (39,3%) töötas keskhaiglas. Uuritavatest enamus töötas õe ametikohal ning 1,0 töökoormusega. Kõige rohkem oli uuritavate seas neid õdesid, kelle erialane tööstaaž oli üle 21 aasta ning kõige vähem neid, kes olid oma erialal töötanud 11-15 aastat.

Enamus vastanutest (78,5%) olid arvamusel, et nende iseloom sobib valitud elukutsega samas kui viiendik õdedest leidis, et nende iseloom sobib valitud elukutsega rahuldavalt. 68,2% küsitletute hinnangul vastas valitud elukutse nende ootustele ning 65,4% õdedest olid oma tööga rahul. Samas oma tööga rahul ei olnud 12,1% õdedest. Töökohaga seotud teavet sisaldab tabel 3.

**Tabel 3. Õdede tööga seotud teave.**

	<b>Töõga seotud teave</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Töökoht (n=107)	SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	33	30,8
	SA Tartu Ülikooli Kliinikum	32	29,9
	AS Ida-Tallinna Keskhaigla	16	15
	SA Pärnu Haigla	11	10,3
	AS Lääne-Tallinna Keskhaigla	8	7,5
	SA Ida-Viru Keskhaigla	7	6,5
Ametikoht (n=107)	õde	99	92,5
	abiõde	8	7,5
Töökogemus õena (n=107)	vähem kui 1 aasta	8	7,5
	1-5 aastat	21	19,6
	6-10 aastat	14	13,1
	11-15 aastat	7	6,5
	16-20 aastat	12	11,2
	üle 21 aasta	45	42,1
Töökoormus õena (n=106)	0,25	3	2,8
	0,5	10	9,3
	0,75	4	3,7
	1,0	86	80,4
	muu	3	2,8
Rahulolu tööga (n=106)	ei ole üldse rahul	3	2,8
	olen vaevu rahul	10	9,3
	ei oska öelda, kas olen rahul või mitte	23	21,5
	olen üsna rahul	65	60,7
	olen väga rahul	5	4,7
Iseloomu sobivus elukutsega (n=107)	ei sobi üldse	1	0,9
	sobib vaevu	1	0,9
	sobib rahuldavalt	21	19,6
	sobib üsna hästi	58	54,2
	sobib suurepäraselt	26	24,3
Elukutse vastavus ootustega (n=106)	ei vasta üldse	2	1,9
	vastab üsna halvasti	4	3,7
	ei oska öelda, kas vastab hästi või halvasti	27	25,2
	vastab üsna hästi	56	52,3
	vastab täielikult	17	15,9

#### 4.1.3. Õdede keeleoskus

Eesti ja vene keelt emakeelena rääkivaid õdesid oli vastanute seas üsna võrdselt. Eesti keelt emakeeleks nimetanud õdede seas oli enim neid, kelle vene keele oskus oli hea ning kõige vähem neid, kelle vene keele oskus oli suurepärase. Üle viieteistkümne protsendi eesti keelt emakeelena rääkivatest õdedest hindasid oma vene keele oskust kasinaks. Vene keelt emakeelena rääkivate õdede seas oli enim neid, kelle eesti keele oskus oli hea ning kõige vähem neid, kes hindasid oma eesti keele oskust kasinaks. Inglise keele oskust hindasid eesti keelt emakeelena rääkivad uuritavad kõrgemalt kui need, kelle emakeeleks oli vene keel. Uuritavate hinnangud oma keeleoskusele on ära toodud tabelis 4.

**Tabel 4. Õdede keeleoskus.**

Emakeel n (%)	Võõrkeel (n)	Hinnang keeleoskusele			
		kasin n (%)	rahuldav n (%)	hea n (%)	suurepärase n (%)
Eesti keel 48 (44,9)	<b>vene keel (47)</b>	<b>8 (16,7)</b>	<b>15 (31,3)</b>	<b>17 (35,4)</b>	<b>7 (14,6)</b>
	inglise keel (43)	10 (20,8)	11 (22,9)	17 (35,4)	5 (10,4)
	soome keel (25)	18 (37,5)	6 (12,5)	1 (2,1)	0 (0)
	saksa keel (19)	13 (27,1)	3 (6,3)	3 (6,3)	0 (0)
Vene keel 46 (43)	<b>eesti keel (46)</b>	<b>2 (4,3)</b>	<b>13 (28,3)</b>	<b>23 (50)</b>	<b>8 (17,4)</b>
	inglise keel (23)	10 (21,7)	7 (15,2)	5 (10,9)	1 (2,2)
	soome keel (10)	6 (13)	3 (6,5)	0 (0)	1 (2,2)
	saksa keel (11)	8 (17,4)	2 (4,3)	1 (2,2)	0 (0)
Muu keel 1 (0,9)	<b>eesti keel (1)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>1 (100)</b>	<b>0 (0)</b>
	<b>vene keel (1)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>1 (100)</b>
	inglise keel (1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	soome keel (1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
	saksa keel (1)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)
Emakeel teadmata 12 (11,2)	<b>eesti keel (12)</b>	<b>1 (8,3)</b>	<b>3 (25)</b>	<b>4 (33,3)</b>	<b>4 (33,3)</b>
	<b>vene keel (12)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>3 (25)</b>	<b>9 (75)</b>
	inglise keel (8)	4 (33,3)	3 (25)	0 (0)	1 (8,3)
	soome keel (5)	3 (25)	1 (8,3)	0 (0)	1 (8,3)
	saksa keel (5)	4 (33,3)	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)

## 4.2. Õdede hinnangud oma patsiendikesksusele

### 4.2.1. Õdede hinnangud oma tegevusele patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel

Enamus vastanutest (92,5%) nõustusid, et nende tegevus põhineb patsientide individuaalsetel ootustel ja vajadustel. Samuti leidis suur osa õdedest (91,6%), et kõik patsiendid on nende jaoks võrdväärsed ning et nad on patsientidega avatud ja ausad. Kui ligi kolmveerand uuritavatest (74,7%) oli arvamisel, et nad austavad patsientide õigust otsustada oma ravi ja hoolduse üle, siis üle kümne protsendi õdedest selle väitega ei nõustunud. Üle kuue protsendi vastanutest ei pea kõiki patsiente enda jaoks võrdväärseks. Uuritavate hinnangud oma tegevusele patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel on esitatud tabelis 5.

**Tabel 5. Õdede hinnangud oma tegevusele patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel.**

Väited patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamise kohta	Üldse mitte nõus	Pigem mitte nõus	Ei nõus ega mitte nõus	Pigem nõus	Täiesti nõus
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
15. Kõik patsiendid on minu jaoks võrdväärsed (n=107)	1 (0,9)	6 (5,6)	2 (1,9)	37 (34,6)	61 (57)
16. Minu tegevus põhineb patsientide individuaalsetel ootustel ja vajadustel (n=107)	0 (0)	0 (0)	8 (7,5)	53 (49,5)	46 (43)
17. Olen patsientidega avatud ja aus (n=107)	0 (0)	4 (3,7)	5 (4,7)	49 (45,8)	49 (45,8)
18. Austan patsientide õigust otsustada oma ravi ja hoolduse üle (n=106)	2 (1,9)	9 (8,4)	15 (14)	50 (46,7)	30 (28)
19. Ma ei räägi oma patsiente puudutavatest asjadest kõrvaliste isikute kuulates (n=107)	4 (3,7)	0 (0)	9 (8,4)	25 (23,4)	69 (64,5)
20. Patsiendid on õendusabi osutamisel minuga võrdsed koostööpartnerid (n=105)	0 (0)	3 (2,8)	12 (11,2)	50 (46,7)	40 (37,4)

### 4.2.2. Õdede hinnangud oma tegevusele patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel

Enamasti nõustusid uuritavad väidetega, mis hõlmasid nende tegevust patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel. Peaaegu kõigi vastanute hinnangul tagavad nad ravi ja hoolduse käigus patsientide turvalisuse (98,1%), patsientidele meeldiva hoolduse ja ravi keskkonna (96,3%) ning hoolitsevad selle eest, et patsiendid tunneksid end teretulnuna (95,4%). Kui üle poole vastanutest (58,9%) leidsid, et nad arendavad pidevalt patsientide tagasiside põhjal neile osutatavaid teenuseid, siis kolmandik uuritavatest ei osanud siinkohal seisukohta võtta ning üle kuue protsendi õdedest selle väitega ei nõustunud. Samaväärne hulk õdesid (6,5%) ei küsi pidevalt patsientide käest tagasisidet neile osutatud teenuste kohta. Õdede hinnangud patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmise kohta on esitatud tabelis 6.

**Tabel 6. Õdede hinnangud oma tegevusele patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel.**

Väited patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmise kohta	Üldse mitte nõus	Pigem mitte nõus	Ei nõus ega mitte nõus	Pigem nõus	Täiesti nõus
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
21. Hoolitsen selle eest, et minu patsiendid tunneksid end teretulnuna (tutvustan ruume, ennast jne) (n=106)	1 (0,9)	0 (0)	3 (2,8)	45 (42,1)	57 (53,3)
22. Hoolitsen selle eest, et hoolduse ja ravi keskkond oleks minu patsientidele meeldiv (n=106)	1 (0,9)	0 (0)	2 (1,9)	46 (43)	57 (53,3)
23. Hoolitsen selle eest, et minu patsiendid tunneksid end ravi ja hoolduse käigus igati turvaliselt (n=106)	1 (0,9)	0 (0)	0 (0)	40 (37,4)	65 (60,7)
24. Hoolitsen selle eest, et hooldus ja ravi ei raskendaks tarbetult minu patsientidel täita oma pere-, töö- ja muid rolle (n=105)	3 (2,8)	2 (1,9)	15 (14)	51 (47,7)	34 (31,8)
25. Hoolitsen selle eest, et kogu personal, sh mina ise, oleks minu patsientidele kergesti kättesaadav (n=106)	1 (0,9)	1 (0,9)	11 (10,3)	41 (38,3)	52 (48,6)
26. Innustan, toetan ja julgustan oma patsiente iseseisva enesehooldusega toime tulema (n=105)	1 (0,9)	0 (0)	5 (4,7)	45 (42,1)	54 (50,5)
27. Hoolitsen selle eest, et minu patsiendid saaksid ravi ja hoolduse kohta õigeaegset infot (n=106)	1 (0,9)	1 (0,9)	4 (3,7)	41 (38,3)	59 (55,1)
28. Küsin pidevalt oma patsientidelt tagasisidet neile osutatud tervishoiuteenuse kohta (n=105)	3 (2,8)	4 (3,7)	24 (22,4)	57 (53,3)	17 (15,9)
29. Arendan pidevalt patsientidele osutatavaid teenuseid oma patsientide tagasiside põhjal (n=105)	2 (1,9)	5 (4,7)	35 (32,7)	42 (39,3)	21 (19,6)

#### 4.2.3. Õdede hinnangud oma individuaalsetele tegevuseeldustele

Enamus uuritavatest olid arvamisel, et neil on head teadmised õendusabist (92,6%) ning õendusabis vajalikud käelised oskused (92,5%). Kui üle poole vastanutest (56%) leidsid, et nad tunnevad õigusakte ja juhendeid, mis käsitlevad tervishoiutööd patsientidega, siis peaaegu viisteist protsenti uuritavatest selle väitega ei nõustunud. 12,1% küsitletutest leidsid, et nad ei tunne hästi tervishoiuteenuseid ning ei suuda patsiente suunata neile sobivaid teenuseid kasutama. Vastanutest 11,2% olid arvamisel, et nad ei hangi alati kõige uuemat uurimuspõhist teavet, kui seda oma töös vajavad ning 9,4% leidis, et nad ei suuda nad patsientide hoolduse ja ravi tarvis koordineerida koostööd. Küsitletute hinnangud oma individuaalsete tegevuseelduste kohta on ära toodud tabelis 7.

**Tabel 7. Õdede hinnangud oma individuaalsetele tegevuseeldustele.**

Väited individuaalsete tegevuseelduste kohta	Üldse mitte nõus	Pigem mitte nõus	Ei nõus ega mitte nõus	Pigem nõus	Täiesti nõus
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
30. Mul on head teadmised õendusabist (n=105)	1 (0,9)	0 (0)	5 (4,7)	54 (50,5)	45 (42,1)
31. Mul on head teadmised teistest vajalikest valdkondadest (psühholoogia, arstiteadus jne) (n=106)	0 (0)	6 (5,6)	26 (24,3)	61 (57)	13 (12,1)
32. Tunnen hästi tervishoiuteenuseid ja suudan patsiente suunata neile sobivaid teenuseid kasutama (n=104)	1 (0,9)	12 (11,2)	24 (22,4)	55 (51,4)	12 (11,2)
33. Tunnen õigusakte ja juhendeid, mis käsitlevad tervishoiutööd patsientidega (n=104)	1 (0,9)	15 (14)	28 (26,2)	47 (43,9)	13 (12,1)
34. Hangin alati kõige uuemat uurimuspõhist teavet, kui seda oma töös vajan (n=105)	1 (0,9)	11 (10,3)	24 (22,4)	50 (46,7)	19 (17,8)
35. Minu suhtlemisoskus on piisav, et toime tulla ka rasketes olukordades (n=106)	0 (0)	2 (1,9)	9 (8,4)	62 (57,9)	33 (30,8)
36. Suudan end asetada patsientide olukorda ja nad võivad alati minuga arvestada (n=105)	1 (0,9)	2 (1,9)	8 (7,5)	45 (42,1)	49 (45,8)
37. Suudan oma patsientide hoolduse ja ravi tarvis koordineerida koostööd (näiteks teiste ametirühmade ning raviuasutustega) (n=106)	2 (1,9)	8 (7,5)	27 (25,2)	39 (36,4)	30 (28)
38. Arendan pidevalt oma suhtlemisoskust (näiteks läbi koolituste) (n=106)	1 (0,9)	4 (3,79)	10 (9,3)	41 (38,3)	50 (46,7)
39. Mul on õendusabis vajalikud head käelised oskused (n=105)	0 (0)	1 (0,9)	5 (4,7)	49 (45,8)	50 (46,7)
40. Arendan pidevalt oma käelisi oskuseid (näiteks läbi koolituste, harjutamise) (n=106)	0 (0)	5 (4,7)	4 (3,7)	44 (41,1)	53 (49,5)
41. Oskan kasutada õendusabis vajalikke ravi-, hooldus- ja tehnilisi vahendeid (n=106)	0 (0)	1 (0,9)	8 (7,5)	52 (48,6)	45 (42,1)
42. Oskan kasutada õendusabis vajalikku infotehnoloogiat (näiteks arvutiprogramme, elektroonilisi sidevahendeid) (n=106)	1 (0,9)	3 (2,8)	5 (4,7)	53 (49,5)	44 (41,1)
43. Arendan pidevalt oma tehnilisi oskusi (näiteks läbi aparatuuri käsitlemise koolituste) (n=106)	0 (0)	7 (6,5)	14 (13,1)	50 (46,7)	35 (32,7)

#### 4.2.4. Õdede hinnangud oma tegevusele õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamisel

Peaaegu kõik õed (95,4%) nõustuvad väitega, et kui nende teadmistest ei piisa patsientidele vajaliku teabe andmiseks, siis hoolitsevad nad selle eest, et patsiendid saaksid vajaliku teabe teistest allikatest. Samuti leidis suur osa vastanutest (92,5%), et nad kontrollivad juhendamise ajal seda, kas nad on patsiendiga teineteist õigesti mõistnud. Peaaegu kolmveerand uuritavatest (71%) olid arvamusel, et nad planeerivad patsientidele osutatava õendusabi nendega koostöös samal ajal kui üle seitsme protsendi õdedest selle väitega ei nõustunud. 6,5% vastanutest olid arvamusel, et nad ei kaasa patsientide lähedasi patsiendi ravis ja hooldusesse. 5,6% õdedest leidsid, et nad ei dokumenteeri patsientide hinnanguid õendusabi ja selle efektiivsuse kohta ning patsientide ootuseid ravi, hoolduse ja nende tulemuste kohta nii nagu viimased neid esitavad.

Õdede hinnangud oma tegevusele võrdväärse suhte tagamise kohta patsiendiga on esitatud tabelis 8.

**Tabel 8. Õdede hinnangud oma tegevusele õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamisel.**

Väited õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamise kohta	Üldse mitte nõus	Pigem mitte nõus	Ei nõus ega mitte nõus	Pigem nõus	Täiesti nõus
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
44. Võtan kuulda kõike, mida minu patsiendid oma ravi ja hoolduse kohta ütlevad (võttes arvesse nende tervislikku seisundit) (n=106)	0 (0)	3 (2,8)	9 (8,4)	52 (48,6)	42 (39,3)
45. Dokumenteerin patsientide ootusi ravi, hoolduse ja nende tulemuse kohta nii, nagu nemad neid esitavad (n=106)	2 (1,9)	4 (3,7)	19 (17,8)	46 (43)	35 (32,7)
46. Planeerin patsientidele osutatava õendusabi nendega koostöös (n=105)	2 (1,9)	6 (5,6)	21 (19,6)	49 (45,8)	27 (25,2)
47. Õendusabi osutades arvestan alati patsientidega kui oma elu ja tervise parimate asjatundjatega (võttes arvesse nende tervislikku seisundit) (n=106)	0 (0)	3 (2,8)	12 (11,2)	52 (48,6)	39 (36,4)
48. Vastan patsientide küsimustele ausalt (n=106)	0 (0)	3 (2,8)	5 (4,7)	49 (45,8)	49 (45,8)
49. Kui minu teadmistest ei piisa patsientidele vajaliku teabe andmiseks, siis hoolitsen selle eest, et nad saaksid teabe teistest allikatest (n=107)	0 (0)	1 (0,9)	4 (3,7)	42 (39,3)	60 (56,1)
50. Selgitan välja, kas minu patsientidel on olemas vajalik teave, et otsustada oma ravi ja hoolduse üle (n=107)	1 (0,9)	3 (2,8)	15 (14)	54 (50,5)	34 (31,8)
51. Olen oma patsientidega lugupidav ka siis, kui minu ja nende arusaamad sellest, mis on neile hea, on erinevad (n=106)	1 (0,9)	1 (0,9)	7 (6,5)	48 (44,9)	49 (45,8)
52. Kooskõlastan oma patsientidega otsused, mis puudutavad nende õendusabi (n=106)	1 (0,9)	3 (2,8)	11 (10,3)	55 (51,4)	36 (33,6)
53. Selgitan välja, mil määral patsiendid suudavad ja soovivad oma hoolduses ja ravis osaleda (n=107)	0 (0)	2 (1,9)	16 (15)	48 (44,9)	41 (38,3)
54. Patsientidega kokkuleppel kaasan ravis ja hooldusesse ka nende lähedasi (n=106)	1 (0,9)	5 (4,7)	19 (17,8)	47 (43,9)	34 (31,8)
55. Teen õendustoiminguid patsientidega eelnevalt kokku lepitud viisil (n=107)	0 (0)	3 (2,8)	12 (11,2)	54 (50,5)	38 (35,5)
56. Juhendamise ajal kontrollin, kas oleme patsiendiga teineteist õigesti mõistnud (n=106)	1 (0,9)	1 (0,9)	5 (4,7)	49 (45,8)	50 (46,7)
57. Toetan ja juhendan patsiente ja/või nende lähedasi seni, kuni nad omandavad vajalikud hooldusoskused (n=106)	0 (0)	2 (1,9)	12 (11,2)	51 (47,7)	41 (38,3)
58. Juhendamisel keskendun sellele, mille järelle minu patsiendid ja/või nende lähedased vajadust tunnevad (n=105)	0 (0)	2 (1,9)	9 (8,4)	54 (50,5)	40 (37,4)
59. Dokumenteerin oma patsientide hinnangud õendusabi ja selle efektiivsuse kohta (n=106)	0 (0)	7 (6,5)	14 (13,1)	40 (37,4)	45 (42,1)
60. Kui minu patsiendid ei ole võimelised oma tahet väljendama, siis lähtun õendusabis nende lähedaste tahtest (n=106)	0 (0)	1 (0,9)	19 (17,8)	51 (47,7)	35 (32,7)
61. Enne patsientide haiglast lahkumist veendun selles, et ta tuleb toime kas iseseisvalt või teiste abiga (n=107)	1 (0,9)	2 (1,9)	20 (18,7)	43 (40,2)	41 (38,3)

### 4.3. Seosed õdede hinnangute ja taustaandmete vahel

Taustamuutujate ja uuritavate muutujate vahel ilmnas statistiliselt olulisi ( $p < 0,05$ ) ning nõrku ( $p < 0,3$ ) või keskmise tugevusega ( $p = 0,3 - 0,5$ ) seoseid. Esitatud on keskmise tugevusega ning uurimistöö kontekstis tähenduslikud seosed.

Mida vanemad olid õed seda enam nad arvasid tundvat õigusakte ja juhendeid, mis käsitlevad tervishoiutööd patsientidega ( $p = 0,309$ ,  $p = 0,002$ ) ning seda sagedamini nõustusid nad väitega, mis hõlmas patsientidelt osutatud tervishoiuteenuste kohta tagasiside küsimist ( $p = 0,305$ ,  $p = 0,002$ ). Samuti olid vanemad õed enam nõus väitega, et nad kontrollivad juhendamise ajal, kas nad on patsiendiga teineteist õigesti mõistnud ( $p = 0,296$ ,  $p = 0,002$ ) ning et neil on head teadmised õendusabist ( $p = 0,277$ ,  $p = 0,005$ ). Seevastu nooremad uuritavad ( $p = -0,207$ ,  $p = 0,036$ ) ning halvema vene keele oskusega uuritavad ( $p = -0,285$ ,  $p = 0,019$ ) nõustusid sagedamini, et neil on olemas õendusabis vajaliku infotehnoloogia kasutamise oskus. Õendusabis vajalike käeliste oskuste olemasolu kohta käiva väitega nõustusid sagedamini 0,25 töökoormusega töötavad õed ( $p = 0,004$ , Fisheri täpne test). Gruppide võrdlemisel selgus, et uuritavad töökogemusega üle 21 aasta, nõustusid sagedamini väitega, et neil on olemas oskus kasutada õendusabis vajalikke ravi-, hooldus ja tehnilisi vahendeid ( $p = 0,015$ , Fisheri täpne test) ning et nad arendavad oma suhtlemisoskust pidevalt ( $p = 0,015$ , Fisheri täpne test). Õed, kelle töökogemus oli 16-20 aastat, leidsid sagedamini, et nad hoolitsevad selle eest, et kogu personal oleks patsiendile kergesti kättesaadav ( $p < 0,001$ , Fisheri täpne test). Uuritavad, kes on töötanud vähem kui üks aasta, nõustusid teistest enam, et õendusabi osutades arvestavad nad patsientidega kui oma elu ja tervise parimate asjatundjatega ( $p = 0,039$ , Fisheri täpne test).

Lastega uuritavad leidsid sagedamini, et nad küsivad patsientidelt tagasisidet neile osutatud tervishoiuteenuste kohta ( $p = 0,024$ , Fisheri täpne test). Nad leidsid lasteta uuritavatest enam, et tunnevad hästi tervishoiuteenuseid ning suudavad patsiente suunata neile sobivaid teenuseid kasutama ( $p = 0,023$ , Fisheri täpne test). Lastega küsitletavad hindasid sagedamini, et neil on olemas õendusabis vajalike ravi-, hooldus- ja tehniliste vahendite kasutamise oskus ( $p = 0,037$ , Fisheri täpne test) ning ka abielus/vabaabielus olevad uuritavad nõustusid selle väitega sagedamini kui vallalised või lahutatud ja lesed ( $p = 0,045$ , Fisheri täpne test).

Vene keelt emakeelena rääkivad õed arvasid sagedamini, et nad suhtuvad patsiendisse kui võrdsesse koostööpartnerisse õendusabi osutamisel ( $p = 0,009$ , Fisheri täpne test) ning planeerivad patsientidele osutatava õendusabi nendega koostöös ( $p = 0,017$ , Fisheri täpne test). Eesti keelt

emakeelena rääkivad õed leidsid enam, et nad austavad patsientide õigust otsustada oma ravi ja hoolduse üle ( $p=0,004$ , Fisheri täpne test) võrreldes vene või muud keelt emakeelena rääkivate õdedega. Mida parem oli õdede vene keele oskus, seda enam nõustusid nad väidetega, mis hõlmasid patsientidelt tagasiside küsimist osutatud tervishoiuteenuste kohta ( $p=0,479$ ,  $p<0,001$ ) ning saadud tagasiside põhjal nende teenuste arendamist ( $p=0,427$ ,  $p<0,001$ ). Mida kõrgemalt vastajad oma vene keele oskust hindasid seda enam nad leidsid, et tunnevad hästi tervishoiutööd käsitlevaid õigusakte ja juhendeid ( $p=0,390$ ,  $p=0,001$ ), tervishoiuteenuseid ( $p=0,350$ ,  $p=0,004$ ) ning hangivad oma töös vajaminevat uuemat uurimuspõhist teavet ( $p=0,365$ ,  $p=0,002$ ). Mida kõrgemalt õed oma vene keele oskust hindasid, seda sagedamini nad leidsid, et võtavad kuulda patsiendi ütlusi oma ravi ja hoolduse kohta ( $p=0,407$ ,  $p=0,001$ ), arvestavad patsientide kui oma elu ja tervise parimate asjatundjatega ( $p=0,332$ ,  $p=0,005$ ) ning abistavad patsiente vajalike hooldusoskuste omandamisel ( $p=0,308$ ,  $p=0,011$ ).

Korrelatsioonanalüüsi tulemusena selgus, et mida paremini vastas valitud elukutse uuritavate ootustele, seda sagedamini õed leidsid, et nad suhtuvad kõikidesse patsientidesse võrdväärselt ( $p=0,341$ ,  $p<0,001$ ), et neil on olemas hea suhtlemisoskus ( $p=0,325$ ,  $p=0,001$ ), et nad abistavad patsiente iseseisva enesehooldusega toime tulekul ( $p=0,324$ ,  $p=0,001$ ) ja et patsiendid võivad nendega alati arvestada ( $p=0,309$ ,  $p=0,001$ ).

Selgus, et mida paremini õdede iseloom valitud elukutsega sobib, seda enam leidsid nad, et innustavad, toetavad ja julgustavad patsiente iseseisva enesehooldusega toimetulekul ( $p=0,350$ ,  $p<0,001$ ) ning hoolitsevad hoolduse ja ravi käigus patsiendi turvalisuse tagamise eest ( $p=0,316$ ,  $p=0,001$ ). Samuti selgus, et mida paremini uuritavate iseloom valitud elukutsega sobis, seda enam nõustusid nad väidetega, mis hõlmasid individuaalseid tegevuseelduseid. Sealhulgas käelisi oskuseid ( $p=0,337$ ,  $p<0,001$ ), oskust asetada end patsientide olukorda ( $p=0,329$ ,  $p=0,001$ ), suhtlemisoskust ( $p=0,328$ ,  $p=0,001$ ), ravi-, hooldus- ja tehniliste vahendite kasutamise oskust ( $p=0,316$ ,  $p=0,001$ ) ning teadmisi õendusabist ( $p=0,307$ ,  $p=0,001$ ). Uuritavad, kelle iseloom valitud elukutsega paremini sobis, leidsid sagedamini, et nad tagavad patsiendile vajaliku informatsiooni ka siis, kui nende endi teadmistest selleks ei piisa ( $p=0,426$ ,  $p<0,001$ ) ning et nad on patsientidega lugupidavad ka siis, kui nende arusaamad on erinevad ( $p=0,376$ ,  $p<0,001$ ). Eelpool toodud väitega nõustusid enam ka õed, kes olid oma tööga rahulolevamad ( $p=0,246$ ,  $p=0,011$ ). Mida rahulolevamad õed oma tööga olid, seda enam nad leidsid, et on patsientidega avatud ja ausad ( $p=0,328$ ,  $p=0,001$ ) vastates ka patsientide küsimustele ausalt ( $p=0,216$ ,  $p=0,027$ ).



## 5. ARUTELU

### 5.1. Olulisemad tulemused ning nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega

Kuigi patsiendikesksust on maailmas hakatud kirjeldama juba kahekümnenda sajandi keskpaigast (Balint 1969) on see lähenemisviis tervishoius Eestis laiemat kõlapinda saavutama hakanud alles viimasel kümnendil. Patsiendikesksust peetakse Eesti õenduses üheks tähtsaimaks arengusuunaks (Kaheksa sammu inimese... 2011). Autorile teadaolevalt ei ole Eestis varasemalt ortopeedia ning traumatoloogia õdede hinnanguid oma patsiendikesksusele uuritud. Käesolev magistr töö täidab selle tühimiku kirjeldades Eesti statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondade õdede hinnanguid oma patsiendikesksusele ning selgitades välja õdede hinnangute ning taustaandmete vahelised seosed.

Õdede hinnangul rakendavad nad õendusabis enamasti patsiendikesksuse põhiväärtuseid. Peaaegu kõik õed lähtuvad oma tegevuses patsiendi individuaalsetest ootustest ja vajadustest (92,5%), kõik patsiendid on nende jaoks võrdväärsed (91,6%) ning nad on patsientidega avatud ja ausad (91,6%). Need tulemused ühtivad mujal maailmas läbi viidud uurimuste tulemustega, kus õdede hinnangul lähtub nende poolt osutatud õendusabi individuaalsuse printsiipidest (Charalambous jt 2010, Suhonen jt 2011). Samas tõdesid West jt (2004), Lee jt (2007) ning O'Sullivan ja Savage (2008), et patsientide vajadused pole õdede hinnangul alati rahuldatud. Käesolevas uurimuses võis Eesti ortopeedia ja traumatoloogia osakondade õdede enesekindluse põhjuseks olla mõõdikus sisalduvate väidete kõikehaaravus. Nimelt kui küsida õdedelt sarnaselt West jt (2004), Lee jt (2007) ning O'Sullivan ja Savage (2008) uurimustele konkreetsemalt emotsionaalsete, psühholoogiliste ning füüsiliste vajaduste rahuldamise kohta võivad tulemused olla hoopis teistsugused. Seetõttu oleks asjakohane õdede patsiendikesksusest põhjalikuma teabe saamiseks viia läbi sama valimi seas ka teisi uurimusi kinnitamaks või ümber lükkamaks käesoleva magistr töö tulemusi.

Tutton jt (2007) peavad oluliseks patsientidele turvalisuse tagamist. Käesolevas uurimistöös leidsid peaaegu kõik ortopeedia ja traumatoloogia õed, et nad tagavad patsientide turvalisuse hoolduse ja ravi käigus (98,1%), meeldiva hoolduse ja ravi keskkonna (96,3%) ning hoolitsevad selle eest, et patsiendid tunneksid end teretulnuna (95,4%). Mujal maailmas läbi viidud uurimused kinnitavad, et patsiendi jaoks mugavuse tagamine on õdede jaoks oluline (Santy 2001, von Essen ja Sjödén 2003, Drozd jt 2007). Samas selgus, et käesolevas uurimuses osalenud õdedest vaid 56% tunnevad õigusakte ja juhendeid, mis käsitlevad tervishoiutööd

patsientidega ning 62,6% tunnevad hästi tervishoiuteenuseid ja suudavad patsiente suunata neile sobivaid teenuseid kasutama. Seega tekib küsimus, et kui vaid ligikaudu pooled õed tunnevad tervishoiutööd käsitlevaid õigusakte, juhendeid ning tervishoiuteenuseid, siis kas on üldse võimalik tagada täielikult patsientide turvalisust? Siinkohal tundub, et õed on väidete hindamisel olnud pinnapealsed nendesse põhjalikumalt süüvimata. Võib eeldada, et olulisemaks peetakse neid tööülesandeid, mis kätkevad endas konkreetseid tegevusi patsiendiga ning igapäevatöös pole õdedel mahti enese täiendamiseks näiteks tervishoiutööd käsitlevate juhenditega tutvumise näol. Siinjuures lasub tervishoiuorganisatsioonidel kohustus hinnata oma töötajate pädevust ja vajadusel teha töös ümberkorraldusi selleks, et õed leiaksid patsiendiga tegelemise kõrvalt aega ka vajalike juhendite ning õigusaktidega tutvumiseks. Samas võivad need kitsaskohad tuleneda ka õdede isikuomadustest ning prioriteetidest, mille tõttu tuleks õdedele rõhutada tervishoiutööd käsitlevate õigusaktide, juhendite ning tervishoiuteenuste tundmise olulisust kui üht eeldust patsiendikeskseks tegevuseks.

Sarnaselt mujal maailmas läbi viidud uurimistööde tulemustele (Santy 2001, Clarke 2003, Santy jt 2005, Drozd jt 2007, Tutton jt 2007) tunnevad ka Eesti statsionaarsete ortopeedia ja traumatoloogia osakondade õed end oma valdkonna spetsialistina. Õdede hinnangul on neil olemas oma erialal tarvilikud spetsiaalsed ja unikaalsed teadmised ning oskused sealhulgas head teadmised õendusabist (92,6%) ning õendusabis vajalikud käelised oskused (92,5%). Seega võib öelda, et õdede hinnangul on neil olemas kõik individuaalsed tegevuse eeldused tagamaks õendusabi patsiendikesksust.

Selgitades välja seoseid õdede hinnangute ning taustaandmete vahel selgus igati ootuspäraselt, et vanemad õed leidsid sagedamini, et neil on olemas õendusabis vajalikud teadmised ja oskused. Nimelt on nad kauem töötanud ning seega oma erialal juba kogenud. Samas selgus, et nooremad õed leidsid enam, et nad oskavad kasutada õendusabis vajalikku infotehnoloogiat. Kuigi suur osa õdedest väitsid, et neil on sarnaselt teiste teadmiste ja oskustega olemas tehniliste vahendite kasutamise oskus (90,7%) ning teadmised infotehnoloogiast (90,6%) võis siiski tulemusi vaadeldes täheldada, et just selles valdkonnas kiputakse endid võrreldes suhtlemis- ning käeliste oskustega vähem arendama. Nimelt ei arenda oma tehnilisi oskuseid pidevalt 6,5% õdedest ning 13,1% ei osanud siinkohal seisukohta võtta. Õdesid tuleks julgustada ning motiveerida end arendama infotehnoloogia valdkonnas. Just vanematel õdedel, kes pole infotehnoloogiaga koos üles kasvanud, võib valehäbi ja hirm olla enese arendamisel takistuseks. Samas mitmed uurimused kinnitavad, et õed on oma teadmiste ja oskuste arendamisele tegelikult avatud (West jt 2004, Nørgaard 2011). Seega võib järeldada, et praktikas ei pakuta õdedele piisavalt võimalusi

enese harimiseks infotehnoloogia valdkonnas. Kuna infotehnoloogia areng on tänapäeval väga kiire ning see on õendusabisse üha enam integreeritud on patsiendikeskse õendusabi tagamise aspektist äärmiselt oluline õdede pädevust selles valdkonnas tõsta näiteks läbi teemakohaste koolituste.

Õed võisid oma tegevuse patsiendikesksuse hindamisel endile teadvustamata jätta, et enese arendamine ei samastu vaid koolitustel osalemisega. Nimelt peab iga õde enda teadmisi ja oskuseid arendama ning hindama jooksvalt ka oma igapäevatöö käigus. Üheks lihtsaimaks, kättesaadavamaks ning ka patsiendikesksemaks viisiks oleks küsida patsientidelt tagasisidet osutatud õendusabi kohta ning tegutseda praktikas sellest tagasisidest lähtuvalt. Käesolevas uurimuses selgus, et ligi kolmandik õdedest ei võtnud seisukohta väidete puhul, mis hõlmasid patsientidelt tagasiside küsimist neile osutatud tervishoiuteenuste kohta (22,4%) ning selle tagasiside põhjal patsientidele osutatud teenuste arendamist (32,7%). Võib arvata, et tagasiside küsimist ning sellest lähtuvat arendustegevust seostatakse ekslikult vaid õendusjuhi tööülesannetega. Siinkohal võib olla mõningane mõju õdede hinnangutele meie tervishoiusüsteemil. Nimelt, millisel määral on tavalised statsionaarses osakonnas töötavad õed võimelised üldse tervishoiuteenuseid arendama? Selline küsimus võis pähe tulla nii mõnelgi uuritaval, mille tõttu ei peagi nad tarvilikuks küsida patsientidelt neile osutatud tervishoiuteenuste kohta tagasisidet. Tänapäeval viiakse küll aktiivselt läbi rahuloluküsitlusi patsientide seas, kuid need jäävad sageli üsna üldiseks ning ei anna õdedele piisavalt konkreetset tagasisidet osutatud õendusabi kohta. Asjakohasem oleks viia läbi näiteks arenguvestluseid või õdede koosviibimisi, mille käigus on õendusjuhil võimalus rõhutada ning õdede seas aktualiseerida patsientidelt tagasiside küsimise olulisust ning sellest tagasisidest lähtuvalt enese arendamise vajalikkust.

Kneale (2000), Farley ja Weinstein (2006) ning Clarke (2003) rõhutavad tõenduspõhise teabe olulisust nii kvaliteetse patsiendikeskse õendusabi tagamisel kui ka praktika arendamisel. Samas selgus käesolevas uurimistöös sarnaselt Johansson jt (2002) uurimusele, et õed ei hangi endi hinnangul alati kõige uuemat uurimuspõhist teavet, kui seda oma töös vajavad. Nimelt pöördub vaid 64,5% õdedest oma igapäevatöös vajaduse korral uurimuspõhise teabe poole. Kuna Eesti tõenduspõhine teadmistepagas on muu maailmaga võrreldes suhteliselt väike, ei pruugi Eestis läbi viidud uurimuste tulemused praktikasse jõudagi. Samas võib olla, et õdedel puuduvad vajalikud oskused ning võimalused kõige uuema uurimuspõhise teabe leidmiseks või selle tõlkimiseks. Teadaolevalt on paljud tõenduspõhised uurimused inglise keeles, kuid inglise keele oskust peab heaks või suurepäraseks vaid 45,8% emakeelena eesti keelt rääkivatest uuritavatest

ning vaid 13,1% emakeelena vene keelt rääkivatest uuritavatest. Seega aitaks ortopeedia ning traumatoloogia õdede tõenduspõhist teadmistepagasit suurendada asjakohased koolitused ning koosviibimised, kus arutelu all on kõige uuemad erialased uurimused ning nende tulemused. Koolituste abil võiks parendada nii õdede inglise keele oskust kui ka tutvustada erinevate andmebaaside olemasolu, kust võib kergesti leida mujal maailmas avaldatud uurimusi.

Lähtudes õdede hinnangutest oma tegevusele õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamise kohta võib välja tuua mitmeid kitsaskohti. Nimelt planeerib vaid 71% õdedest patsiendiga koostöös neile osutatava õendusabi, 75,7% õdedest dokumenteerib patsientide ootused sellisel viisil nagu nemad neid esitavad ning 75,7% õdedest kaasab patsiendi ravisse ja hooldusesse ka patsientide lähedasi. Sarnaseid puudujääke õendusabis on oma uurimustes välja toonud ka Von Essen ja Sjöden (2003), West jt (2004), Lee jt (2007) ning O'Sullivan ja Savage (2008). Siinjuures oleks vajalik viia ortopeedia ja traumatoloogia osakondade õdede seas läbi kvalitatiivne uurimus, mille raames oleks võimalik neid kitsaskohti põhjalikumalt vaagida. Nimelt on sellisel viisil võimalik kindlaks teha põhjused, miks esineb õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamisel puudujääke ning seejärel nende põhjustega tegeledes parendada õendusabi patsiendikesksust ning ühtlasi ka selle kvaliteeti.

Kirjanduses seostatakse õdede vaatekohti patsiendikesksusele sagedamini hariduse ja ametikohaga (Suhonen jt 2011, Idvall jt 2012). Käesoleva uurimuse tulemused siinkohal märkimisväärselte seoste olemasolu ei kinnita, kuna uuritavate jaotuvus gruppidesse nende hariduse ning ametikoha põhjal oli üsna ebavõrdne. Suhonen jt (2011) väidavad, et õdede suhtumine oma töösse mõjutab nende vaatekohti. Käesolevas uurimuses ilmnes enim seoseid võrreldes uuritavate muutujatega õdede elukutse vastavust ootustega ja iseloomu sobivust elukutsega. Seega võib järeldada, et õed, kes pole oma elukutses pettunud ning kelle iseloom valitud kutsega sobib, on oma igapäevatöös patsiendikesksemad. Üllatavalt selgus, et õdede hinnangute ja tööga rahulolu vahel ilmnesid vaid üksikud seosed, mille tõttu võib järeldada, et õdede rahulolu oma tööga ei mõjuta nende tegevuse patsiendikesksust. Mitmeid seoseid ilmnes õdede keeleoskust puudutava teabe ning uuritavate muutujate vahel. Nimelt võib järeldada, et mida parem on õdede vene keele oskus, seda patsiendikesksemad nad oma igapäevatöös endi hinnangul on. Siinkohal võib arvata, et parema vene keele oskusega õed ongi patsiendikesksemad, kuna neil ei esine oma igapäevatöös suhtlemisprobleeme patsientidega, kelle emakeeleks võib olla nii eesti kui ka vene keel. Samas võib nende õdede enesehinnang olla lihtsalt kõrgem või puudub neil enesekriitika oma patsiendikeskuse hindamisel. Mainimata ei saa jätta, et vene keelt emakeeleks pidavatel õdedel võis esineda raskusi ka väidetest aru saamisel.

## 5.2. Eetilised aspektid

Uurimistööga ei kaasnenud eetilisi probleeme. Uurimistöö läbiviimiseks oli olemas luba uurimiskeskcondadelt ja Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komiteelt. Uuritavaid ja uurimiskeskcondade õendusjuhte informeeriti uurimistöö eesmärgist, uurimistöö läbiviimisest ning uuritavate õigustest nii küsimustiku kaaskirjas, Põhjamaade Ortopeedia Föderatsiooni 56-l kongressil kui ka personaalselt uurimistöö autori poolt. Uuritavatel oli tagatud võimalus pöörduda vajadusel alati uurija poole, kelle kontaktandmed olid ära toodud küsimustiku kaaskirjas. Vabatahtlikkuse printsiipi selgitati uuritavatele nii küsimustiku kaaskirjas kui ka õendusjuhtide poolt, kes küsimustikke õdedele jagasid.

Uuritavatel oli võimalus täita küsimustik endale sobival ajal ja kohas ning seejärel saata see postiga eelnevalt adresseeritud ja margistatud ümbrikus uuritavale. Samas oli ka selliseid uurimiskeskcondi (SA Tartu Ülikooli Kliinikumi ja AS Ida-Tallinna Keskhaigla ortopeedia osakond), kus õendusjuht kogus täidetud küsimustikud enda kätte suletud ümbrikutes ning toimetas need uurijale. Uurimistöö autor leiab, et selline teguviis võis isegi vastamismäära tõsta ning uuritavatele meelepärane olla, kuna nad ei pidanud muretsema selle pärast, kuidas postitada ümbrik küsimustikuga uurijale. Uuritavate anonüümsus oli siinkohal tagatud tänu suletavale ümbrikule. Mõõdikus antud vastuste või hinnangute põhjal pole uuritavaid võimalik identifitseerida. Kõik tulemused esitatakse üldistatud kujul. Täidetud küsimustikke säilitab uurimistöö autor ainult talle teadaolevas kohas magistritöö eduka kaitsmiseni. Magistritöös osalemine ei toonud uuritavatele kahju.

## 5.3. Tulemuste usaldusväärsus

Uurimistöö andmed koguti Kalam-Salminen poolt koostatud küsimustikuga „Kliendikeskus õendustöös“. Varasemalt on selle mõõdikuga hinnatud nii Soome kui ka Eesti õendusüliõpilaste hinnanguid oma patsiendikesksusele (Kalam-Salminen jt 2013). Kuna töötavate õdede seas pole küsimustikku „Kliendikeskus õendustöös“ testitud, otsustati enne põhiuurimust lisaks eksperthindajate kaasamisele viia läbi prooviuuring tagamaks mõõdiku sisuvaliidsus. Ettepanekuid mõõdikus muudatuste läbiviimiseks tegid vaid üksikud prooviuuringus osalejad, mille tõttu sisuliste muudatuste tegemiseks alust polnud. Seega otsustati prooviuuringu tulemusena viia mõõdikusse sisse mõningaid täpsustusi näidete lisamise näol, muuta väidete sõnastust arusaadavamaks ning hindamise hõlbustamiseks muuta järjestuskaalal valikvastuste

sõnastust. Edaspidiselt võib kaaluda mõõdikus hindamise järjestusskaala nelja astmeliseks muutmist, kuna käesoleva uurimuse raames otsustasid nii mõnedki uuritavad kergema vastupanu teed minna ning oma arvamuse mitmete väidete puhul avaldamata jätta valides vastusevariandi „ei nõus ega mitte nõus“.

Mõõdiku sisemise kooskõla hindamiseks arvutati välja kogu mõõdiku ning selle alaosa Cronbachi alfa koefitsient. Mõõdiku esimese kolme alaosa puhul jäi see koefitsient lubatud piiridesse võimaldades järeldada, et siinkohal on väiteid piisavalt ning nad mõõdavad huvipakkuvat nähtust. Kogu mõõdiku Cronbachi alfa on 0,96 ning mõõdiku viimases dimensioonis „Võrdväärne suhe patsiendiga“ on see koefitsient 0,93, mis tähendab, et väited mõõdavad küll uuritavat nähtust, kuid kordavad teineteist. Küsimustiku „Kliendikesksus õendustöös“ viimase dimensiooni Cronbachi alfa on ka varasemates uurimustes olnud suurem kui 0,9 (Kalam-Salminen jt 2013), mis kinnitab, et mõõdiku reliaabluse tagamiseks tuleb seda kindlasti korrigeerida. Seda tõika tõendavad ka käesoleva uurimistöö tulemused. Nimelt on uuritavad vastanud praktiliselt identselt väidetele „Olen patsientidega avatud ja aus“ ning „Vastan patsiendi küsimustele ausalt“. Kuigi siinkohal väited kordavad teineteist tõstavad sellised tulemused samas ka uurimistöö usaldusväärsust. Nimelt saab järeldada, et uuritavad on oma hinnangutes jäänud ausaks ja seega peegeldavad tulemused reaalselt elu. Uurimistöö autori hinnangul esineb sisulisi korduseid mõõdikus just viimase dimensiooni ning viimase ja esimese dimensiooni väidete vahel, millest võibki suurem Cronbachi alfa koefitsient tingitud olla. Selleks, et teha kindlaks milliste väidete vahel esinevad sisulised kordused tuleks edaspidiselt läbi viia faktoranalüüs.

Mõõdiku arendamise raames tuleb korrigeerida selles sisalduvate väidete sõnastust. Nimelt väited „Tunnen hästi tervishoiuteenuseid ja suudan patsiente suunata neile sobivaid teenuseid kasutama“ ning „Suudan end asetada patsientide olukorda ja nad võivad alati minuga arvestada“ sisaldavad tegelikult kahte väidet. Seega võis uuritavatel siinkohal olla raske kindlat seisukohta võtta ning sellest lähtuvalt kahaneb ka uurimistulemuste usaldusväärsus. Mõõdiku ülesehitus mõjutab samuti tulemuste usaldusväärsust. Nimelt paiknevad kõik 47 väidet praktiliselt üksteise järel, mis võis vastajates soodustada pealiskaudset suhtumist küsimustiku täitmisel. Sellisele arvamusele jõudis uurimistöö autor täidetud küsimustikke läbi töötades. Nimelt olid uuritavad väiteid hinnanud sageli harjumuspäraselt järjekirja üheti ning mõnel üksikul juhul oli ka uuritavate kirjastiil sellise mõttekäigu otseseks ajendiks.

Kuna õdede hinnangute kogumiseks kasutatud küsimustik oli ainult eesti keeles, siis võis ka see olla üheks põhjuseks, miks kõik õed uurimistööst osa ei võtnud. Tagasiside õendusjuhtidelt kinnitas, et uuritavatel esines raskusi küsimustiku täitmisel väidetest arusaamisega. Nimelt selgus, et 43,0% vastanutest nimetas oma emakeeleks vene keele. Seetõttu vajab nii mõnigi uuritavatest küsimustiku täitmisel abi, mis omakorda mõjutab tulemuste usaldusväärsust. Samas oma eesti keele oskust hindas kasinalt väga väike osa uuritavatest ( $n=3$ ), millest lähtuvalt võiks arvata, et eesti keelest arusaamisega uuritavatel probleeme ei tekkinud. Seda enam, et kõik uuritavad töötavad Eesti Vabariigis, kus riigikeeleks on eesti keel ning oma igapäevatoos peavad nad tagama õendusabi ka eesti keeles suhtlevatele patsientidele. Seetõttu otsustaski uurimistöö autor jagada uuritavatele vaid eesti keelseid küsimustikke. Võib muidugi järeldada, et mõõdikus esitatud väited on uuritavate jaoks siiski liiga keerulises eesti keeles kirja pandud erinedes seega igapäevasest keelekasutusest. Selle tõttu oleks pidanud uuritavate emakeelt arvestades tegema mõõdikust ka venekeelse versiooni tõstes sellisel viisil vastamismäära ning tulemuste usaldusväärsust.

#### **5.4. Uurimistöö kitsaskohad**

Käesolevas uurimistöös esines mitmeid kitsaskohti. Ühena neist võib välja tuua selle, et uurimistöö valim oli käepärane. Kuigi vastamismäära (74,8%) võib pidada heaks, ei ole võimalik tulemusi üldistada kõikidele Eesti statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakonnas töötavatele õdedele. Üheks põhjuseks on kindlasti see, et ükski Narva Haigla traumatoloogia osakonna õde ei kuulu käesolevas uurimistöös vastanute hulka. Kuna kvantitatiivne meetod tagab uuritavate anonüümsuse, pole võimalik ka kindlaks teha, kas vastanute seas on kogu populatsiooni esindus või mitte.

Kitsaskohana võib välja tuua selle, et uurijal puudub varasem kogemus kvantitatiivse uurimise läbiviimisel. Samuti pole käesoleva magistr töö autor tegev ortopeedia ning traumatoloogia valdkonnas, mille tõttu võis kontakti saavutamine uuritavatega olla raskendatud. Samas võis see asjaolu olla hoopis abiks näiteks tulemuste objektiivsuse tagamisel. Tutvudes teemakohase kirjandusega selgus, et ortopeedia ning traumatoloogia valdkonda on õdede perspektiivist üsna vähe uuritud (vt lisa 3). Sagedamini on autorid keskendunud just patsientide vaatekohtade väljaselgitamisele. Lisaks sellele pole autorid sageli oma uurimistöodes keskendunud üksiti ortopeedia ja traumatoloogia õdedele vaid kaasanud valimisse lisaks neile ka teistes õenduse valdkondades tegevaid õdesid, sagedamini näiteks kirurgia õdesid. Piiratud hulgal on ka ortopeedia ja traumatoloogia valdkonda käsitlevaid teoreetilisi uurimusi.

Käesolevas uurimuses jagasid küsimustikke õdedele õendusjuhid, kes võisid uuritavaid mõjutada oma patsiendikesksuse hindamisel. Kuigi valimile oli tagatud anonüümsuse võimalus ei saanud uurimistöö autor kindlaks teha, kuidas ja millises keskkonnas õed siiski küsimustikke täitsid. Kitsaskohana ilmnes, et osadel uuritavatel osutus raskeks eestikeelse küsimustiku täitmine, mille tõttu nad vajasisid seejuures kõrvalist abi. Raskused küsimustest ja väidetest arusaamisega ning kõrvalise abi kasutamine küsimustiku täitmisel mõjutasid kindlasti uurimistulemusi. Seega oleks asjakohane tulevikus tagada õdedele soovi korral ka vene keelse küsimustiku olemasolu.

Kvantitatiivse meetodi abil saadi teavet Eesti statsionaarsete ortopeedia ja traumatoloogia osakondade õdede hinnangutest oma tegevuse patsiendikesksusele. Samas võib kitsaskohaks pidada selle teabe pinnapealsust. Nimelt võimaldab kvantitatiivne meetod kirjeldada hetkeseisu õenduspraktikas, kuid ei anna põhjalikumaid vastuseid selle kohta, mis takistab õdedel olemast patsiendikesksed. Seega võib õenduspraktikas esinevate puudujääkide kõrvaldamiseks pakkuda välja esialgselt vaid potentsiaalseid lahendusi teadmata, kas neist reaalselt tegelikult abi on õendusabi patsiendikesksemaks muutmisel.

## **5.5. Tulemuste olulisus ja rakendatavus**

Õendusteaduse arendamise seisukohast on käesolev uurimistöö äärmiselt oluline. Uurimuse käigus arendati varasemalt vaid mõnel korral rakendust leidnud mõõdikut aidates nii kaasa mõõdiku valiidsuse hindamisele ja tagamisele. Kuna eelnevalt õendusüliõpilaste seas rakendust leidnud mõõdik kohandati töötavate õdede jaoks, on see uurimus oluline ka potentsiaalsete tulevaste uurimuste aspektist. Nimelt on juba kohandatud mõõdikut võimalik kasutada teistel Eesti õde-uurijatel, kes soovivad kirjeldada õdede hinnanguid oma patsiendikesksusele näiteks teistes õenduse valdkondades. Samas võib selle mõõdikuga viia läbi uusi uurimusi sama valimi seas ka tulevikus ning tulemusi omavahel võrrelda. Taolised uurimused ainult tõstaksid mõõdiku usaldusväärsust ning aitaksid kindlaks teha potentsiaalsete arendustegevuste mõju õdede hinnangutele. Uurimistöö autor peab ka käesolevat uurimust sekkumiseks, mis aktualiseerib õdede seas patsiendikesksust. Paralleelselt käesoleva uurimusega viidi samalaadne uurimus läbi ka ortopeedia ja traumatoloogia osakondade patsientide seas kasutades seejuures mõõdikut „Kliendikesksus õendustöös“ kohandatuna patsientidele. Seega on võimalik tulevikus võrrelda õdede ja patsientide hinnanguid õdede tegevuse patsiendikesksusele Eesti statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades.



Õenduspraktika arendamise seisukohast on uurimistöö kõige olulisem osa selle tulemused. Uurimistöö tulemustest tehakse ettekanne kõikides uurimistöös osalenud haiglates. Lisaks sellele tagatakse nendele haiglatele ka käesoleva uurimistöö olemasolu paberkandjal. Sellisel viisil on võimalik tuua uus tõenduspõhine teave otse praktikasse õdedele kätte. Õed saavad ülevaate sellest, kuidas nad hindavad oma tegevuse patsiendikesksust ning samas on võimalik aktualiseerida õdede seas puudujääkide olemasolu selles valdkonnas. Käesolevas uurimuses selgunud kitsaskohad annavad tunnistust sellest, et tulevased arendustegevused ortopeedia ja traumatoloogia osakondades peaksid keskenduma nii patsientide tagasiside olulisuse rõhutamisele, õdede tõenduspõhise teadmistebaasi suurendamisele, tervishoiutööd käsitletavate õigusaktide ja juhendite tundmisele, õendusdokumentatsioonile ja lähedaste kaasamisele patsiendi hooldusesse ja ravisse.

## **5.6. Uued uurimisprobleemid**

Tuginedes käesolevas uurimuses selgunud kitsaskohtadele tuleks viia Eesti täiskasvanud patsientidele õendusabi osutavates statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades läbi koolitusi ja teisi arendustegevusi (näiteks arenguvestlused õdedega) olemasolevate puuduste likvideerimiseks. Seeläbi on võimalik muuta õendusabi patsiendikeskseks ja ühtlasi kvaliteetsemaks. Tulevikus saab sama mõõdikuga uuesti uurida õdede hinnanguid oma tegevuse patsiendikesksusele ning teha otsuseid läbiviidud arendustegevuste tulemuslikkuse kohta. Käesolevas uurimuses selgus, et lähedaste kaasamine patsiendi hooldusesse ja ravisse on ortopeedia ja traumatoloogia osakondades üheks kitsaskohaks. Kuna patsientide hinnanguid õdede patsiendikesksusele uuriti käesoleva magistritööga paralleelselt, siis võiks tulevikus küsida ka patsientide lähedaste hinnanguid õdede patsiendikesksusele. Seejärel on võimalik võrrelda, kas õdede, patsientide ja nende lähedaste vaatekohad õdede patsiendikesksusele ortopeedia ja traumatoloogia valdkonnas ühtivad.

Enne mõõdiku rakendamist tuleb seda kindlasti korrigeerida ning täiustada. Seejärel on võimalik rakendada mõõdikut ka teistes valdkondades peale ortopeedilise ja traumatoloogilise õenduse. Ortopeedia ja traumatoloogia õdede patsiendikesksust võiks uurida ka teiste mõõdikutega. Sellisel viisil on võimalik tulemusi omavahel võrrelda ning teha põhjanevamaid järeldusi ortopeedilise ja traumatoloogilise õenduse ning selle patsiendikesksuse kohta Eestis. Õdesid võiks intervjuuerida ja nende tegevust vaadelda, sest selliste uurimismeetodite rakendamine annaks meile jällegi uut tõenduspõhist informatsiooni, mis kinnitaks käesoleva uurimistöö tulemusi või lükkaks need hoopis ümber.

## 6. JÄRELDUSED

Käesoleva uurimuse tulemused ühtisid suuresti mujal maailmas läbi viidud uurimuste tulemustega. Nimelt on ka Eesti statsionaarsete ortopeedia ja traumatoloogia osakondade õed enamasti arvamusel, et õendusabi osutamisel rakendavad nad patsiendikesksuse põhiväärtuseid järgides oma töös individuaalsuse printsiipi, koheldes kõiki patsiente võrdväärselt ning olles patsientidega avatud ja ausad. Kuna patsiendikesksuse põhiväärtused hõlmavad endas käesoleva uurimuse raames üsna üldiseid mõisteid, oleks oluline läbi viia teisi uurimusi sama valimi seas kasutades uurimiseks nii kvantitatiivseid kui ka kvalitatiivseid meetodeid. Sellisel viisil oleks võimalik teha põhjanevamaid järeldusi õdede tegevuse patsiendikesksuse ning patsiendikesksust takistavate tegurite kohta ortopeedia ja traumatoloogia osakondades.

Uuritavad nõustusid enamasti väidetega, mis hõlmasid nende tegevust patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel. Sarnaselt varasematele uurimustele tagavad nad endi hinnangul patsientidele turvalisuse ning meeldiva hoolduse ja ravi keskkonna. Samas selgus, et õed pole alati alati küsima patsientidelt tagasisidet ning selle põhjal neile osutatud teenuseid arendama. Seega on oluline õdede seas aktualiseerida arenguestluste, koosviibimiste ning ka koolituste käigus patsientide tagasiside olulisust ja enese järjepideva arendamise vajalikkust oma igapäevatöö käigus.

Enamasti leidsid uuritavad, et neil on olemas patsiendikeskseks lähenemiseks vajalikud individuaalsed tegevuse eeldused, sealhulgas õendusabis tarvilikud teadmised ja oskused. Samas ilmnesid vajakajäämised seoses tõenduspõhise teabe, tervishoiutööd käsitlevate juhendite, õigusaktide ning tervishoiuteenuste tundmisega. Siinkohal on oluline tervishoiuorganisatsioonidel hinnata õdede pädevust antud valdkondades ning viia läbi tarvilikke arendustegevusi praktikas (koolitusi, ümberkorraldusi igapäevatöös).

Suur osa õdedest leidis, et nende tegevus aitab tagada õe ja patsiendi vahelist võrdväärset suhet. Samas sarnaselt mujal maailmas läbiviidud uurimustulemustega ei kaasata alati patsiente ja nende lähedasi õendusabi planeerimisse ning õendusdokumentatsiooni puhul ei arvestata alati patsiendi arvamusega. Siinkohal oleks tarvilik kindlaks teha nende puudujääkide põhjused viies sama valimi seas läbi näiteks intervjuu või vaatlus. Käesolevas uurimuses ilmnenu seostele tuginedes saab järeldada et õed, kes pole oma elukutses pettunud ning kelle iseloom valitud kutsega sobib, on oma igapäevatöös patsiendikesksemad. Samuti selgus, et parema vene keele oskusega õed on oma tegevustes endi hinnangul patsiendikesksemad.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Atwal, A., Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6): 359-365.

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The British Journal of General Practice*, 17(82): 269-276.

Bertakis, K. D., Azari, R. (2011). Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3): 229-239.

Burns, N., Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. 5-th. Ed. Elsevier, USA.

Charalambous, A., Katajisto, J., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Suhonen, R. (2010). Individualised care and the professional practice environment: nurses' perceptions. *International Nursing Review*, 57(4): 500-507.

Clarke, S. (2003). A definitional analysis of specialist practice in orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 7(2): 82-86.

Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schluter, J., Ford, D., Sodomka, P., Simmons, L. (2006). Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System. A roadmap for the Future. A work in Progress. Institute for Family-Centered Care. Institute for Healthcare Improvement.

De Haes, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient Education and Counseling*, 62(3): 291-298.

DiGioia, A., Greenhouse, P. K., Levison, T. J. (2007). Patient and family-centered collaborative care: an orthopaedic model. *Clinical Orthopaedics and Related research*, 463: 13-19.

Drozd, M., Jester, R., Santy, J. (2007). The inherent components of the orthopaedic nursing role: An exploratory study. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 11(1): 43-52.

Drozd, M., Clarke, S., Collins, E., Dobson, A., Flynn, A., Miles, S., Rogers, J., Wellington, B., Williams, M., Wright, E. (2012). A competence framework for orthopaedic and trauma practitioners. Royal College of Nursing, London.

Duggan, P. S., Geller, G., Cooper, L. A., Beach, M. C. (2006). The moral nature of patient-centeredness: Is it „just the right thing to do“? *Patient Education and Counselling*, 62: 271-276.

Farley, F. A., Weinstein, S. L. (2006). The case for patient-centered care in orthopaedics. *Journal of American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 14(8): 447-451.

Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., Delbanco, T. L. (Eds) (1993). Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care. Jossey-Bass Inc, San Francisco.

Haviko, T. (2009). Ortopeedia areng Eestis: kuhu oleme jõudnud? *Eesti Arst*, 88(9): 565-572.

Holmström, I., Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79:167-172.

IAPO (2007). What is patient-centred healthcare? A review of definitions and principles. International Alliance of Patients' Organizations. London.

Idvall, E., Berg, A., Katajisto, J., Acaroglu, R., Luz, M. D., Efstathiou, G., Kalafati, M., Kanan, N., Leino-Kilpi, H., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Sendir, M., Suhonen, R. (2012). Nurses' sociodemographic background and assessments of individualized care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3): 284-293.

Jayadevappa, R., Chhatre, S. (2011). Patient centered care- a conceptual model and review of the state of the art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 4: 15-25.

Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H. (2002). Patient education in orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6(4): 220-226.

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse strateegia 2011-2020. Eesti Õdede Liit. Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn.

Kalam-Salminen, L., Valkonen, M-R., Aro, I., Routasalo, P. (2013). Client-centeredness of Finnish and Estonian nursing students and the support from nursing education to develop it. Students' self evaluation. *Nurse Education Today*.

<http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917%2813%2900063-4/fulltext>

(12.04.2013).

Kneale, J. (2000). Evidence-based practice and orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 4(1): 16-21.

Kumm, S. (2010). Patsiendikesksus eakate hooldusravis – õendus- ja hoolduspersonali vaatekoht. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Laks, K. (2009). Patsientide lähedaste vajadused ja nende rahuldamine täiskasvanute intensiivravis õdede vaatekohast. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Langemets, M., Tiits, M., Valdre, T., Veski, L., Viks, Ü., Voll, P. (2009). Eesti keele seletav sõnaraamat. 4.kd. Eesti Keele Sihtasutus, Tallinn.

Lee, S., Lee, W-H., Kong, B. H., Kim, I-S., Kim, S. (2009). Nurses' perceptions of informed consent and their related roles in Korea: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12): 1580-1584.

Lee, L-L., Nanly, H., Chang, S-C. (2007). An evaluation of the quality of nursing care in orthopaedic units. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 11(3-4): 160-168.

Mamaril, M. E., Childs, S. G., Sortman, S. (2007). Care of the orthopaedic trauma patient. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 22(3): 189-194.

Manley, K., Hills, V., Marriot, S. (2011). Person-centred care: Principle of Nursing Practice D. *Nursing Standard*, 25(31): 35-37.

McCance, T., Slater, P., McCormack. (2009). Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 409-417.

McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3): 620-643.

Mead, N., Bower, P. (2000). Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7): 1087-1110.

Morgan, S., Yoder, L. H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1): 6-15.

Nørgaard, B. (2011). Communication with patients and colleagues. An intervention study on the impact of a communication skills training course on health care professionals' ability to communicate with patients and colleagues. *Danish Medical Bulletin*, 58(12):43-59.

O'Sullivan, M., Savage, E. (2008). Nursing contributions to mobilizing older adults following total hip replacement in Ireland. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12(3): 181-186.

Robinson, J., Callister, L., Berry, J., Dearing, C. (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12): 600-607.

Santy, J. (2000). Orthopaedic and trauma nursing: what's in a name? *Journal of Orthopaedic Nursing*, 4(3): 127-129.

Santy, J. (2001). An investigation of the reality of nursing work with orthopaedic patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5(1): 22-29.

Santy, J., Rogers, J., Davis, P., Jester, R., Kneale, J., Knight, C., Lucas, B., Temple, J. (2005). A competency framework for orthopaedic and trauma nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9(2): 81-86.

Shaller, D. (2007). Patient-centered care: what does it take? Picker Institute and The Commonwealth Fund. <http://cgp.pickerinstitute.org/wp-content/uploads/2010/12/shaller.pdf> (09.12.2011).

Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Lemonidou, C., Kalafati, M., Da Luz, M. D. A., Idvall, E., Berg, A., Acaroglu, R., Sendir, M., Kanan, N., Sousa, V. D., Katajisto, J., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H. (2011). Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9): 1895-1907.

Tervishoiu valdkonna soovituslikud ametinimetused. Eesti Õdede Liit. [http://www.ena.ee/images/stories/ametinimetused\\_20.10.11.pdf](http://www.ena.ee/images/stories/ametinimetused_20.10.11.pdf) (26.05.2013).

Tongue, J. R., Epps, H. R., Forese, L. L. (2005). Communication Skills for Patient-Centered Care. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 87-A(3): 652-658.

Treiman-Kiveste, A. (2010). Tervishoiu kõrgkoolide viimase kursuse õendusüliõpilaste hinnang oma valmidusele kliendikeskseks õendustööks ning õppe mõjule selle kujunemisel. Magistritöö õendusteaduses, Tartu.

Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D. (2007). Professional nursing culture on a trauma unit: experiences of patients and staff. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2): 145-153.

Õendusala arengukava 2002-2015. EV Sotsiaalministeerium. Tallinn. [http://www.ena.ee/images/stories/attachments/article/81/Oendusala\\_arengukava\\_2002-2015.pdf](http://www.ena.ee/images/stories/attachments/article/81/Oendusala_arengukava_2002-2015.pdf) (26.05.2013).

Von Essen, L., Sjöden, P-O. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5): 487-497.

West, E., Barron, D. N., Reeves, R. (2004). Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4): 435-443.

## **LISAD**

### **Lisa 1. Mõõdik „Kliendikesksus õendustöös“ öele**

#### **Lugupeetud kolleeg!**

Olete palutud osalema uurimistöös „Õdede hinnangud oma patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades“. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada nimetatud osakondade õdede hinnanguid oma patsiendikesksusele. Uurimistulemuste põhjal on võimalik kindlaks teha praktika kitsaskohad ning planeerida edaspidised arendustegevused selleks, et tõsta õendusabi kvaliteeti. Patsiendikeskne lähenemine mõjutab nii patsientide kui ka õdede endi rahulolu õendusabiga. Kutse uurimistöös osaleda saavad kõik Eesti statsionaarsete ortopeedia ja traumatoloogia osakondade õed.

Uurimistöös osalemine on vabatahtlik. Teie nõusolek uurimistöös osaleda seisneb küsimustiku täitmisel. Küsimustiku põhjal saadud andmeid kasutatakse ainult üldistatuna. Küsimustiku täitmine võtab aega umbes 20 minutit. Palun sulgege täidetud ankeet kaasasolevasse adresseeritud ja margistatud ümbrikusse ning postitage uurijale. Küsitlus korraldatakse ajavahemikus 01.10.2012–04.11.2012. Uurimistöö valmib 2013. aasta kevadel, seejärel antakse uurimistöös osalenud osakondades ülevaade uurimistulemustest.

Kui Teil tekib küsimusi ankeedi täitmisel või soovite teha ettepanekuid uurimistöö kohta, siis pöörduge otse uurija poole.

Täname, et olete nõus uurimistöös osalema!

Lugupidamisega

Helen Kannela

Õendusteaduse magistriõppe üliõpilane

Tartu Ülikool, arstiteaduskond, õendusteaduse osakond

Tel: 55610704

E-post: [helen915@hotmail.ee](mailto:helen915@hotmail.ee)



**KLIENDIKESKSUS ÕENDUSTÖÖS (KKÕT)**  
**(CLIENT-CENTEREDNESS IN NURSING CARE (CCNC))**

Ringitage Teile sobiv vastusevariant, vajaduse korral kirjutage vastus tühjale reale.

**TEIE TAUSTAANDMED**

1. **Vanus:** \_\_\_\_\_aastat
2. **Sugu:**  
1. naine  
2. mees
3. **Perekonnaseis:**  
1. vallaline  
2. abielus/vabaabielus  
3. lahutatud/lesk
4. **Kas Teil on lapsi?**  
1. ei ole  
2. jah
5. **Haridus:**  
1. kutseharidus  
2. rakenduskõrgharidus  
3. magistrikraad  
4. muu (näiteks keskeriharidus, bakalaureusekraad) \_\_\_\_\_
6. **Viimati lõpetatud õppeasutus:**  
1. Tartu Tervishoiu Kõrgkool  
2. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool  
3. Tartu Ülikool  
4. muu \_\_\_\_\_

**TÖÖGA SEOTUD TEAVE**

7. **Teie töökoht:**  
1. AS Ida-Tallinna Keskhaigla  
2. SA Ida-Viru Keskhaigla  
3. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla  
4. SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla  
5. SA Pärnu Haigla  
6. SA Tartu Ülikooli Kliinikum
8. **Teie ametikoht:**  
1. õde  
2. abiõde
9. **Teie töökogemus õena:**  
1. vähem kui 1 aasta  
2. 1–5 aastat  
3. 6–10 aastat  
4. 11–15 aastat  
5. 16–20 aastat  
6. üle 21 aasta
10. **Teie töökoormus õena:**  
1. 0,25  
2. 0,5  
3. 0,75  
4. 1,0  
5. muu \_\_\_\_\_
11. **Hinnake oma rahulolu tööga:**  
1. ei ole üldse rahul  
2. olen vaevu rahul  
3. ei oska öelda, kas olen rahul või mitte  
4. olen üsna rahul  
5. olen väga rahul

12. Hinnake oma iseloomu sobivust elukutsega:

1. ei sobi üldse
2. sobib vaevu
3. sobib rahuldavalt
4. sobib üsna hästi
5. sobib suurepäraselt

13. Hinnake elukutse vastavust oma ootustega:

1. ei vasta üldse
2. vastab üsna halvasti
3. ei oska öelda, kas vastab hästi või halvasti
4. vastab üsna hästi
5. vastab täielikult

14. Hinnake oma keeleoskust.

Emakeele lahtrisse tehke rist, võõrkeeleoskuse hindamiseks ringitage sobiv vastusevariant. Tühjadele ridadele lisage muid keeli, mida Te oskate vähemalt kasinalt.

	emakeel	suurepärase	hea	rahuldav	kasin
eesti keel	<input type="checkbox"/>	5	4	3	2
vene keel	<input type="checkbox"/>	5	4	3	2
inglise keel	<input type="checkbox"/>	5	4	3	2
soome keel	<input type="checkbox"/>	5	4	3	2
saksa keel	<input type="checkbox"/>	5	4	3	2
_____ keel		5	4	3	2
_____ keel		5	4	3	2
_____ keel		5	4	3	2

Järgmiseks hinnake kuivõrd Te olete nõus allpool toodud väidetega skaalal 1–5.

<b>KLIENDIKESKSUS ÕENDUSTÖÖS (KKÖT) <i>Client-Centeredness in Nursing Care</i></b> © Ly Kalam-Salminen						
<b>PATSIENDIKESKSUSE PÕHIVÄÄRTUSED (6 väidet)</b>		1 = üldse mitte nõus 2 = pigem mitte nõus 3 = ei nõus ega mitte nõus 4 = pigem nõus 5 = täiesti nõus				
15.	Kõik patsiendid on minu jaoks võrdväärsed	1	2	3	4	5
16.	Minu tegevus põhineb patsientide individuaalsetel ootustel ja vajadustel	1	2	3	4	5
17.	Olen patsientidega avatud ja aus	1	2	3	4	5
18.	Austan patsientide õigust otsustada oma ravi ja hoolduse üle	1	2	3	4	5
19.	Ma ei räägi oma patsiente puudutavatest asjadest kõrvaliste isikute kuulates	1	2	3	4	5
20.	Patsiendid on õendusabi osutamisel minuga võrdsed koostööpartnerid	1	2	3	4	5

<b>PATSIENDISÕBRALIKU ÕHKKONNA HOIDMINE (9 väidet)</b>		1 = üldse mitte nõus 2 = pigem mitte nõus 3 = ei nõus ega mitte nõus 4 = pigem nõus 5 = täiesti nõus				
21.	Hoolitsen selle eest, et minu patsiendid tunneksid end teretulnuna (tutvustan ruume, ennast jne)	1	2	3	4	5
22.	Hoolitsen selle eest, et hoolduse ja ravi keskkond oleks minu patsientidele meeldiv	1	2	3	4	5
23.	Hoolitsen selle eest, et minu patsiendid tunneksid end ravi ja hoolduse käigus igati turvaliselt	1	2	3	4	5
24.	Hoolitsen selle eest, et hooldus ja ravi ei raskendaks tarbetult minu patsientidel täita oma pere-, töö- ja muid rolle	1	2	3	4	5
25.	Hoolitsen selle eest, et kogu personal, sh mina ise, oleks minu patsientidele kergesti kättesaadav	1	2	3	4	5
26.	Innustan, toetan ja julgustan oma patsiente iseseisva enesehooldusega toime tulema	1	2	3	4	5
27.	Hoolitsen selle eest, et minu patsiendid saaksid ravi ja hoolduse kohta õigeaegset infot	1	2	3	4	5
28.	Küsin pidevalt oma patsientidelt tagasisidet neile osutatud tervishoiuteenuse kohta	1	2	3	4	5
29.	Arendan pidevalt patsientidele osutatavaid teenuseid oma patsientide tagasiside põhjal	1	2	3	4	5

INDIVIDUAALSED TEGEVUSEELDUSED (14 väidet)		1 = üldse mitte nõus 2 = pigem mitte nõus 3 = ei nõus ega mitte nõus 4 = pigem nõus 5 = täiesti nõus				
30.	Mul on head teadmised õendusabist	1	2	3	4	5
31.	Mul on head teadmised teistest vajalikest valdkondadest (psühholoogia, arstiteadus jne)	1	2	3	4	5
32.	Tunnen hästi tervishoiuteenuseid ja suudan patsiente suunata neile sobivaid teenuseid kasutama	1	2	3	4	5
33.	Tunnen õigusakte ja juhendeid, mis käsitlevad tervishoiutööd patsientidega	1	2	3	4	5
34.	Hangin alati kõige uuemat uurimuspõhist teavet, kui seda oma töös vajan	1	2	3	4	5
35.	Minu suhtlemisoskus on piisav, et toime tulla ka rasketes olukordades	1	2	3	4	5
36.	Suudan end asetada patsientide olukorda ja nad võivad alati minuga arvestada	1	2	3	4	5
37.	Suudan oma patsientide hoolduse ja ravi tarvis koordineerida koostööd (näiteks teiste ametirühmade ning raviasutustega)	1	2	3	4	5
38.	Arendan pidevalt oma suhtlemisoskust (näiteks läbi koolituste)	1	2	3	4	5
39.	Mul on õendusabis vajalikud head käelised oskused	1	2	3	4	5
40.	Arendan pidevalt oma käelisi oskusi (näiteks läbi koolituste, harjutamise)	1	2	3	4	5
41.	Oskan kasutada õendusabis vajalikke ravi-, hooldus- ja tehnilisi vahendeid	1	2	3	4	5
42.	Oskan kasutada õendusabis vajalikku infotehnoloogiat (näiteks arvutiprogramme, elektroonilisi sidevahendeid)	1	2	3	4	5
43.	Arendan pidevalt oma tehnilisi oskusi (näiteks läbi aparatuuri käsitlemise koolituste)	1	2	3	4	5

VÖRDVÄÄRNE SUHE PATSIENDIGA (18 väidet)		1 = üldse mitte nõus 2 = pigem mitte nõus 3 = ei nõus ega mitte nõus 4 = pigem nõus 5 = täiesti nõus				
44.	Võtan kuulda kõike, mida minu patsiendid oma ravi ja hoolduse kohta ütlevad (võttes arvesse nende tervislikku seisundit)	1	2	3	4	5
45.	Dokumenteerin patsientide ootusi ravi, hoolduse ja nende tulemuste kohta nii, nagu nemad neid esitavad	1	2	3	4	5
46.	Planeerin patsientidele osutatava õendusabi nendega koostöös	1	2	3	4	5
47.	Õendusabi osutades arvestan alati patsientidega kui oma elu ja tervise parimate asjatundjatega (võttes arvesse nende tervislikku seisundit)	1	2	3	4	5
48.	Vastan patsientide küsimustele ausalt	1	2	3	4	5
49.	Kui minu teadmistest ei piisa patsientidele vajaliku teabe andmiseks, siis hoolitsen selle eest, et nad saaksid teabe teistest allikatest	1	2	3	4	5
50.	Selgitan välja, kas minu patsientidel on olemas vajalik teave, et otsustada oma ravi ja hoolduse üle	1	2	3	4	5
51.	Olen oma patsientidega lugupidav ka siis, kui minu ja nende arusaamad sellest, mis on neile hea, on erinevad.	1	2	3	4	5
52.	Kooskõlastan oma patsientidega otsused, mis puudutavad nende õendusabi	1	2	3	4	5
53.	Selgitan välja, mil määral patsiendid suudavad ja soovivad oma hoolduses ja ravis osaleda	1	2	3	4	5
54.	Patsientidega kokkuleppel kaasan ravis ja hooldusesse ka nende lähedasi	1	2	3	4	5
55.	Teen õendustoiminguid patsientidega eelnevalt kokku lepitud viisil	1	2	3	4	5
56.	Juhendamise ajal kontrollin, kas oleme patsiendiga teineteist õigesti mõistnud	1	2	3	4	5
57.	Toetan ja juhendan patsiente ja/või nende lähedasi seni, kuni nad omandavad vajalikud hooldusoskused	1	2	3	4	5
58.	Juhendamisel keskendun sellele, mille järele minu patsiendid ja/või nende lähedased vajadust tunnevad	1	2	3	4	5
59.	Dokumenteerin oma patsientide hinnangud õendusabi ja selle efektiivsuse kohta	1	2	3	4	5
60.	Kui minu patsiendid ei ole võimelised oma tahet väljendama, siis lähtun õendusabis nende lähedaste tahtest	1	2	3	4	5
61.	Enne patsientide haiglast lahkumist veendun selles, et ta tuleb toime kas iseseisvalt või teiste abiga	1	2	3	4	5

Kui soovite antud teema kohta midagi lisada/kommenteerida, tehke seda siin \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tänan Teid vastuste eest!**

## Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komitee

Research Ethics Committee of the University of Tartu (UT REC)

Protokolli number: 214/T-13

koosolek: 23.04.2012

Vastutav uurija (asutus):

Helen Kannela (Tartu Ülikool, arstiteaduskond, õendusteaduse osakond, Nooruse 9, 50411 Tartu)

Uurimistöö nimetus:

Õdede hinnangud oma patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades

Komitee koosseis:

	Asutus, amet	Osalemine otsuse tegemisel
Aime Keis	TÜ arstiteaduskond, lektor	+
Arvo Tikk	TÜ arstiteaduskond, emeriitprofessor	+
Naatan Haamer	TÜ naistekliinik, hingehoidja	+
Külli Jaako	TÜ arstiteaduskond, vanemassistent, teadur	+
Ruth Kalda	TÜ arstiteaduskond, professor	+
Kaia Kastepõld-TOrs	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Kristi Lõuk	TÜ filosoofiateaduskond, projektijuht	+
Anu Masso	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Valio Olle	TÜ õigusteaduskond, dotsent	+
Maire Peters	TÜ naistekliinik, teadur	+
Mare Remtti	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, dotsent	+
Oivi Uibo	TÜ arstiteaduskond, dotsent	+
Vahur Oöpik	TÜ kehakultuuriteaduskond, professor	+

Komiteele läbivaatamiseks esitatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt
2. Põhijuhendaja (Airin Treiman-Kiveste) CV.
3. Kaasjuhendaja (Ilme Aro) CV.
4. Küsimustiku „Kliendikesksus õendustöös“ kaaskiri.
5. Küsimustik „Kliendikesksus õendustöös“ õdedele.
6. SA Pärnu Haigla taotlus kliinilise ravimuuringu/teadusuuringu läbiviimiseks.
7. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi digitaalselt allkirjastatud teatis eetikakomiteele.
8. SA Ida-Viru Keskhaigla digitaalselt allkirjastatud avaldus. AS Ida-Tallinna Keskhaigla uurimistööde hindamise komisjoni otsus nr 1.1-19/10-12.
9. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla taotlus uurimistöö läbiviimiseks.
10. SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Konfidentsiaalsusleping nr 9-10/3.

Komitee otsas: Luba antud uurimistööks.

Uuringu lõpp: Juuni 2013

Komitee esimees: Aime Keis



Komitee vastutav sekretär: Helen Riismaa



Väljastatud: 11.05.2012

University of Tartu  
Office of Research and Development  
Ülikooli 18 500.90,  
Tartu, Estonia

Phone: (+372) 7 375 514  
Fax: (+372) 7 375 508

### Lisa 3. Andmete väljavõtu leht

Autor, riik	Eesmärk	Uuritavad	Metoodika	Tulemused
Charalambous jt (2010), Soome	Kirjeldada individualiseeritud hooldust ja professionaalset töökeskkonda õdede vaatekohast ning selgitada nendevahelisi seoseid	207 üldkirurgia, kirurgilise ortopeedia, sisehaiguste, sünnitus ning günekoloogia osakondade õde	Kvantitatiivne, küsimustik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Õdede hinnangud individualiseeritud ravi osas olid kõrged</li> <li>• Autonoomsuse vajaka jäämine õdede töös võib mõjutada negatiivselt ravikvaliteeti</li> <li>• Individualiseeritud hooldus on seotud professionaalse töökeskkonnaga</li> </ul>
Idvall jt (2012), Küpros, Soome, Kreeka, Portugal, Rootsi, Türgi, USA	Uurida seoseid õdede taustaandmete ja individualiseeritud hoolduse kohta antud hinnangute vahel	1163 ortopeedia ja traumatoloogia õde	Kvantitatiivne, küsimustik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seosed esinesid õdede haridustaseme, ametikoha, töökogemuse, riigi, kus töötati, ja õdede hinnangute vahel</li> <li>• Vanusega, sooga seoseid ei esinenud</li> </ul>
Lee jt (2007), Taiwan	Hinnata ortopeedilistele patsientidele osutatud õendusabi kvaliteeti	180 ortopeedia patsienti	Kombineeritud meetod, küsimustik, vaatlus, intervjuu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kõrgema skoori said väited õendusabi eesmärkide hindamise ning õendusplaani kohta</li> <li>• Madalama skoori said väited patsiendi vajaduste eest hoolitsemise kohta</li> <li>• Madalama skoori said väited, mis hõlmasid patsiendi naha eest hoolitsemist, tema psühholoogiliste ja emotsionaalsete vajaduste eest hoolitsemist ning lähedaste kaasamist</li> </ul>
Lee jt (2009), Korea	Kirjeldada õdede vaatekohti informeeritud nõusolekust ning nende endi rollist selles protsessis	12 kirurgilise ortopeedia, südamekirurgia, sünnitusabi ja günekoloogia osakondade õde	Kvalitatiivne, intervjuu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enamus uuritavatest leidsid, et informeeritud nõusolek kaitseb tervishoiutöötajaid, patsiente raviprotsessis. Neli õde leidis, et informeeritud nõusolek on formaalsus, mis kaitseb vaid tervishoiutöötajaid</li> <li>• 8 õde leidis, et informeeritud nõusolek annab patsiendile võimaluse osaleda raviprotsessis ning teha ise otsuseid</li> <li>• Kitsaskohad on seotud omavaheliste suhetega, informatsiooni andmise viisiga- alati ei arvestata seejuures patsiendi individuaalsust</li> <li>• Pooled uuritavatest soovisid osaleda informeeritud nõusoleku võtmise protsessis, pooled mitte</li> </ul>



Autor, riik	Eesmärk	Uuritavad	Metoodika	Tulemused
Nørgaard (2011), Taani	Uurida suhtlemisalasest koolituse mõju töötajate suhetele ja suhtlemisele patsientide ja kolleegidega, patsientide rahulolule, uurida tervishoiutöötajate kogemusi seoses suhtlemisalasest koolitusega	181 tervishoiutöötajat, sh 103 õde (küsimustik), 32 tervishoiutöötajat (intervjuu), 3660 patsienti (küsimustik) ortopeedilise kirurgia osakonnast	Kombineeritud meetod: küsimustik (enne ja pärast interventsiooni, 6 kuud pärast interventsiooni), intervjuu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suhtlemisalasest koolitused parandavad töötajate enesehinnangut suhtlemisel patsientide ja kolleegidega</li> <li>Paranevad kolleegidevahelised suhted</li> <li>Patsiendikesksus suhtlemisel suurenes</li> <li>Patsientide rahulolu suurenes</li> <li>Töötajad omasid suuremat kontrolli suhtlemisel rahulolematute patsientide ja kolleegidega</li> <li>Õded olid koolitustesse positiivse suhtumisega</li> </ul>
O'Sullivan ja Savage (2008), Iirimaa	Kirjeldada õdede vaatekohti nende panusest vanemate täiskasvanud patsientide mobiliseerimisel puusa endoproteesimise järgselt	23 õde ortopeedia haiglast (N= 140).	Kvantitatiivne uurimus, küsimustik	<ul style="list-style-type: none"> <li>13 õde jätsid rehabilitatsiooni vajalikkuse tähelepanuta keskendudes pigem patsiendi olemasolevate võimete säilitamisele. 10 õde pidasid rehabilitatsiooni tähtsaks patsiendi füüsilise, sotsiaalse ja vaimse heaolu tagamiseks</li> <li>15 õde leidsid, et õded ootavad, et patsiendid ise annaksid neile teada valuvaigisti vajalikkusest. 21 õde leidsid, et õded ei pane tähele patsiendi vajadusi valuvaigisti järele. 16 õde leidsid, et patsiendi mobiliseerimine on otseselt seotud tema valu taluvusest</li> <li>Õded panustavad suuresti erinevatesse õendustegevustesse jättes tähelepanuta patsiendi kaasamise ravi eesmärgi püstitamisse, informeerimist päevastest tegevustest, füüsiliste harjutuste teostamise</li> </ul>
Suhonen jt (2011), Soome, Küpros, Kreeka, Portugal, Rootsi, Türgi, USA	Kirjeldada rahvusvaheliselt õdede vaatekohtade erinevusi individualiseeritud hooldusest ortopeedia statsionaarsetes osakondades	1163 ortopeedia osakonna õde	Kvantitatiivne, küsimustik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Õded leidsid, et nad toetavad õendustoimingute läbiviimisel patsientide individuaalsust</li> <li>Õdede vaatekohad erinesid riigiti</li> </ul>

Autor, riik	Eesmärk	Uuritavad	Metoodika	Tulemused
Von Essen ja Sjödén (2003), Rootsi	Kirjeldada kõige olulisemaid ja vähemolulisemaid hoolivust väljendavaid käitumismustreid õdede ja patsientide arvates	35 patsienti onkoloogiast, 26 üldkirurgiast ja 20 ortopeediast. 78 töötajat samadest osakondadest, kellest 53% olid õed, 29% abiõed ning 18% hooldajad	Kvantitatiivne, küsimustik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Õdede jaoks olulisemad iseloomustused: kuulab patsienti, seab patsiendi esikohale, pakub emotsionaalset toetust, räägib patsiendiga ning talle arusaadavas keeles, on rahulik, istub koos patsiendiga, on pädev, teadlik patsientide vajadustest, mõistab, et patsient tunneb end kõige paremini</li> <li>Kõige vähemolulisem oli nii patsiendi kui ka õe jaoks: küsib, mis nimega patsient soovib end kutsuda, on nõus tegema väikeseid asju, aitab patsiendil seada realistlikke eesmärgi, pakub alternatiive, soovib küsimusi, mida arsti käest küsida, räägib toetussüsteemist, kooskõlastab patsiendiga aja, mis sobiks patsiendile tema seisundist rääkimiseks</li> <li>Õed pidasid olulisemaks patsiendi mugavuse tagamist, samas patsiendid õendusoskuseid</li> </ul>
West jt (2004), London	Selgitada, kas õed tajuvad kvaliteetse hoolduse pakkumisel takistusi (aeg, vahendid, treening) ning kirjeldada aspekte õendusabis, mis saavad enim mõjutatud vajalike ressursside puuduse tõttu	2880 aktiivravis töötavat õde (sh ortopeedia õed)	Kvantitatiivne, küsimustik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Õdede hinnang ravi kvaliteedile on üldiselt positiivne</li> <li>64% vastanutest tunneb end ületöötanuna</li> <li>Informatsiooni tagamine patsiendile pole regulaarne</li> <li>Õed on teadlikud puudujääkidest, mis esinevad patsientidele olulistes valdkondades (nt töökoormuse tõttu pole nad alati võimelised pakkuma patsientidele vajalikku emotsionaalset tuge, vajaka jääb füüsilise abi tagamisest)</li> <li>Patsiendikeskset lähenemist takistavad keskkonnatingimused (ruumipuudus, müra, temperatuuri regulatsiooni probleemid, personalipuudus jne)</li> </ul>